

DIVISIÓN DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANIDADES  
POSGRADO EN SOCIOLOGÍA

**La práctica de la lactancia materna en relatos de las madres:  
significados, discursos de influencia y condiciones facilitadoras**

**Ingrid Ots**

Idónea Comunicación de Resultados para  
optar por el grado de Maestra en Sociología

Línea de investigación: Teoría y pensamiento sociológico

Miembros del Jurado:

Dra. Olga Sabido Ramos  
Asesora de ICR

Dra. Marta Lamas  
Dra. Oliva López Sánchez  
Dra. Adriana García Andrade  
Dr. Rogelio Mendoza Molina

México D.F.

Febrero 2016



## RESUMEN

El presente documento es un estudio cualitativo de la práctica del amamantamiento que analiza los factores socioculturales y los significados asociados con la lactancia materna dentro de la sociedad mexicana contemporánea. La investigación, que se desarrolló dentro del periodo de la maestría, se basa en las entrevistas a profundidad con nueve mujeres principalmente de la clase media quienes han tenido una experiencia de, o una voluntad para tener, la lactancia prolongada (más allá de un año).

La examinación de fuentes teóricas revela el amamantamiento como un asunto multifacético influido por los discursos normativos morales, religiosos, políticos y científicos, que además involucra una multitud de agentes: instituciones, expertos, empresas, familias, por nombrar algunos. Se distinguen dos tipos de discursos prominentes que conforman la construcción simbólica de la lactancia actualmente: los discursos científicos con su énfasis en los beneficios de la leche materna para la salud y nutrición y los discursos que refuerzan la importancia del vínculo afectivo madre-hijo.

Para analizar los datos obtenidos en el trabajo de campo se define la lactancia como un tipo de práctica corporal y se adopta el marco teórico inspirado en el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu junto con algunas aportaciones de diversos autores sobre cómo acercase a las prácticas humanas, así que la discusión de los hallazgos abarca los aspectos cognitivo, afectivo y material de la lactancia con el fin de establecer la conexión entre la clase social y los esquemas mentales y las actividades de mujeres.

El análisis de los relatos de las participantes muestra que la experiencia de la lactancia está efectivamente moldeada por los factores que se sitúan tanto en el nivel macro de la sociedad como en el nivel de las interacciones y las representaciones de esta experiencia, permeada por los dos discursos mencionados anteriormente. Finalmente, el documento discute las ventajas y limitaciones del enfoque teórico utilizado e identifica las áreas de conocimiento que potencialmente se pueden desarrollar más.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### INTRODUCCIÓN

- a) Notas introductorias a la Idónea Comunicación de Resultados
- b) Motivación personal

### CAPITULO I. EL AMAMANTAMIENTO Y LA SOCIEDAD: ELEMENTOS SOCIOHISTÓRICOS PARA SU COMPRENSIÓN

#### 1.1. Introducción

#### 1.2. La evolución de la alimentación infantil: una perspectiva histórica

- a) La lactancia materna como una norma social y sus alternativas
- b) El ascenso de la fórmula y sus controversias

#### 1.3. La medicalización de la lactancia materna y las políticas públicas

- a) La medicalización de alimentación infantil: de la *Tlamatquiticitl* a los médicos y enfermeras profesionales
- b) Contratendencias: La Liga de la Leche y los consultores de lactancia
- c) Las intervenciones de políticas públicas a nivel global y nacional
- d) Los problemas con la implementación de políticas públicas en México

#### 1.4. Los cambios sociodemográficos del siglo XX en México asociados con la transformación de las prácticas de alimentación infantil

- a) La transformación en tamaño y estructura de la familia
- b) El acceso al mercado laboral de la mujer mexicana
- c) La institucionalización de la crianza

#### 1.5. Datos nacionales

- a) Advertencias tempranas: la disminución de la lactancia detectada desde 1980's
- b) La encuesta ENSANUT 2012: hallazgos y conclusiones

#### 1.6. Conclusiones

### CAPITULO II. REPRESENTACIONES, SIGNIFICADOS Y SIMBOLISMOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL PECHO FEMENINO

#### 2.1 Introducción

#### 2.2. El pecho sagrado, maternal, sexual, político

- a) Los poderes nutritivos y reproductores de mujer en mitos y creencias antiguas
- b) Representaciones artísticas en cristianismo
- c) El pecho materno y el estado

### **2.3. Creencias y costumbres en las culturas tradicionales y los discursos populares**

- a) Las creencias acerca el calostro y la calidad de leche
- b) Prácticas en la oposición de cultura

### **2.4. Discursos feministas acerca de la corporalidad innata del amamantamiento**

- a) El carácter corporal de la lactancia materna y “la maternidad intensiva”
- b) La invisibilidad de la mujer como un sujeto en las narrativas de la lactancia
- c) El pecho materno y los cánones de belleza

### **2.5. El pecho maternal y sexual: las mujeres enfrentando las ambigüedades sociales**

- a) El pudor y la vergüenza en la sociedad moderna
- b) El problema del amamantamiento en público
- c) El “buen cuerpo materno”

### **2.6. ¿Relaciones afectivas a base de la naturaleza? Examinando las nociones del placer y el instinto materno**

- a) Afectividad en los relatos de las experiencias del amamantamiento
- b) El placer legítimo y la intuición “natural”
- c) El amor materno: la base sociocultural del “instinto”

### **2.7. Conclusiones**

## **CAPITULO III. HORIZONTE TEÓRICO-ANALÍTICO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Lentes teóricos**

- a) Consideraciones epistemológicas
- b) El concepto de la práctica como un instrumento para los estudios cualitativos
- c) Prácticas y la clase social desde el *habitus* bourdieuano
- d) Conocimientos encarnados: el aspecto cognitivo de prácticas
- e) El afecto actuado como una formación sociocultural
- f) El género y la violencia simbólica

g) El *habitus* en la mirada crítica

### **3.2. Diseño de investigación**

a) Justificación del problema

b) Objeto de estudio

c) Marco de los objetivos y preguntas de investigación

### **3.3. Decisiones metodológicas**

a) Selección de técnicas de investigación

b) Análisis del cuestionario piloto

c) Selección de informantes

d) Reclutamiento de informantes

e) Características de informantes

f) Diseño y análisis temático de las entrevistas

## **CAPITULO IV. PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE DATOS**

### **4.1. Historias de amamantamiento: vista panorámica de los datos**

### **4.2. La nueva modalidad corporal: preparación y retos iniciales**

a) Búsqueda de información y cursos prenatales

c) Experiencia de parto y postparto

d) Retos con el establecimiento de la lactancia y sus soluciones

### **4.3. Ante las tensiones sociales**

a) Aceptación y desaprobación de la práctica en el ámbito familiar

b) La interacción con el sector médico

c) El amamantamiento en público

### **4.4. El amamantamiento como una experiencia encarnada**

a) El gozo del contacto con el bebé

b) Placer físico y su expresión legítima

c) Percepción de su cuerpo y sus cambios

d) La leche materna como un alimento bajo el examen social

### **4.5. La interacción madre-hijo y el destete**

a) Ajustes a la individualidad del infante

b) La negociación de los arreglos mutuales

- c) El autodescubrimiento como el proyecto deseado y sus retos
- c) Los motivos para la continuación con la lactancia

## **CAPITULO V. HALLAZGOS Y REFLEXIONES FINALES**

### **5.1. Introducción a la presentación de hallazgos**

### **5.2. Hallazgos generales ligados a las preguntas de la investigación**

- a) Factores de impacto macro- y microsociales
- b) Construcción simbólica del amamantamiento en los discursos individuales y generales

### **5.3. Hallazgos específicos**

- a) La práctica y el *habitus* de la clase social
- b) La importancia de los aspectos corporales
- c) Fuentes de tensiones
- d) Otros hallazgos emergentes

### **5.4. Reflexiones finales a modo de conclusión**

- a) Pertinencia de la investigación realizada y sus aportaciones
- b) Retos y obstáculos enfrentados en el curso del trabajo
- c) Limitaciones del enfoque teórico utilizado
- d) Propuestas para el desarrollo teórico futuro
- e) Implicaciones para el diseño de las políticas públicas

## **ANEXOS**

Anexo 1: Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. Documento oficial de UNICEF

Anexo 2: Principios de La Liga de la Leche

Anexo 3: Principios de la crianza con apego, según *Attachment Parenting International*

## **BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.1 Prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses después del nacimiento (ENSANUT, 2012).....	p. 22
Tabla 1.2 Motivos para la ausencia del inicio de lactancia. Mujeres de 12 a 49 años, madres de niños menores de 24 meses (ENSANUT, 2012).....	p. 23
Tabla 3.1 Marco de los objetivos, preguntas de investigación e hipótesis.....	p. 57
Tabla 3.3 Contenido del cuestionario piloto.....	p. 60
Tabla 3.2 Criterios de selección de informantes.....	p. 63
Tabla 3.3 Esquema de clases sociales según INEGI.....	p. 65
Tabla 3.4. Características sociodemográficas principales de las informantes.....	p. 66
Tabla 3.5 Ejes temáticos de las entrevistas.....	p. 68
Tabla 3.6 Ejes temáticos de análisis de datos.....	p. 69
Tabla 4.1 Experiencias reportadas acerca de la lactancia materna.....	p. 72-73
Tabla 4.2 La interacción con el sector médico y el uso de recursos externos al sector de salud.....	p. 77
Tabla 4.3 Tipo del apoyo a la lactancia recibido.....	p. 86
Tabla 5.1 Hallazgos generales ligados a las preguntas de la investigación.....	p. 102



## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres por darme el mejor comienzo de la vida y a mi familia mexicana por permitirme no sentirme tan lejos de casa. A mi asesora Dra Olga Sabido Ramos y todos mis lectores por su atención y tolerancia a los errores que han encontrado en el trabajo. A mis informantes que prestaron su tiempo para que el proyecto de esta investigación hizo realidad. A mis compañeros de maestría por sus amistades y conocimientos compartidos. Al ex-coordinador de posgrado Dr. Arturo Grunstein por confiar en mí y aceptarme a la maestría y luego referirme a mi asesora. A la coordinadora actual Dra María del Rocío Grediaga Kuri por apoyarme en la asistencia de los congresos. Al personal administrativo del posgrado por brindar el mejor servicio y abrirme la puerta de la sala de estudios en las mañanas.

Y, finalmente, a Gibrán, mi esposo, y a Tuuli y Cristian, mis hijos, por ser mi inspiración siempre y en todas las cosas.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos cien años amamantar a los hijos pasó de ser una norma cultural a una práctica que está en franca disminución en muchas sociedades industrializadas, México incluido. Además de sus bajos índices, otros aspectos relacionados con la lactancia se han transformado drásticamente: entre otras cosas, se extinguió la profesión remunerada de nodriza en el Occidente, bajó la duración promedio del amamantamiento y la alimentación y los cuidados infantiles dejaron de ser asuntos privados de las madres, sus familias y sus comunidades pequeñas.

La presente tesis (idónea comunicación de resultados) consiste en cinco capítulos: dos de antecedentes que discuten el amamantamiento desde la perspectiva sociohistórica (Cap. I “El amamantamiento y la sociedad: elementos sociohistóricos para su comprensión” y Cap. II “Representaciones, significados y simbolismos de la lactancia materna y el pecho femenino”), un capítulo que expone el marco analítico y los métodos de la investigación (Cap. III “Horizonte teórico-analítico y metodología de la investigación”) y, finalmente, dos capítulos de análisis y presentación de datos de la parte empírica del presente estudio junto con algunas reflexiones y observaciones de la investigadora (Cap. IV “Presentación y discusión de datos” y Cap. V “Hallazgos y reflexiones finales”).

Antes de todo, es preciso aclarar que en el presente documento utilizo la lactancia materna y el amamantamiento como términos intercambiables aunque uno se refiere más al proceso biológico y el otro al acto realizado por las madres o nodrizas. La razón por esta imprecisión es el uso común de ambos términos en los documentos oficiales, las campañas de salud y la literatura académica revisada en castellano (en contraste, en inglés se hacen las referencias a *breastfeeding*, y el término de maternal *lactation* refiere más bien al proceso biológico de lactogénesis).

Con el fin de señalar que las prácticas de amamantar no son homogéneas y para posibilidad de mejor análisis aclaro algunos términos utilizados, retomados de la literatura académica en este trabajo que describen las formas de la alimentación de lactantes e infantes (Labbok y Krasovec, 1990 en Stolzer, 2006; OMS, 1981; Salas Valenzuela et al, 2014):

- (1) lactancia materna exclusiva (sin la administración de otros líquidos o sólidos a hijo, incluso la fórmula);
- (2) lactancia materna casi exclusiva (además de la lactancia materna, con poca frecuencia se dan vitaminas, agua, jugo etc.)
- (3) lactancia materna prolongada, o extendida (la lactancia practicada más allá de un año de la edad del niño)
- (4) alimentación infantil (en este trabajo se refiere a los bebés desde que nacen hasta los 24 meses de edad).

Por último, es necesario señalar la raíz del interés personal en el tema que se investigó en el curso de la maestría. La investigadora empezó sus estudios como la madre de una niña de un poco más que un año de edad y terminó escribiendo la tesis como la madre de dos. La experiencia inmediata de la lactancia durante la mayor parte de la maestría coincidió con su estudio desde la perspectiva académica y con el trabajo de campo empírico que indagó las realidades de otras mujeres. En este sentido, la investigadora vivió la lactancia de una manera muy intensa y cercana y, sin duda, este hecho ha impactado su postura personal y teórica sobre la práctica y discursos, factores, presiones y condiciones que están en juego cuando una mujer toma las decisiones acerca de la lactancia y la alimentación de sus criaturas.

## **CAPITULO I. EL AMAMANTAMIENTO Y LA SOCIEDAD: ELEMENTOS SOCIOHISTÓRICOS PARA SU COMPRENSIÓN**

### **1.1. Introducción**

El objetivo del primer capítulo es brindar al lector un panorama general de la historia del amamantamiento y del éxito comercial de la fórmula y vincularla con la situación contemporánea de la lactancia materna en el país, a través de un rastreo de discursos y estructuras macrosociales que influyen en este asunto aparentemente privado: las agendas y prácticas de instituciones médicas y empresas que producen los sustitutos de la leche materna (fórmula), las regulaciones y recomendaciones de las organizaciones supranacionales, las políticas públicas nacionales que están dirigidas a apoyar la maternidad *etc.*

El capítulo empieza con la revisión de antecedentes revelando que en los tiempos preindustriales la lactancia materna significaba la vida o la muerte para el recién nacido. Sin embargo, la medicalización de la alimentación y la crianza infantil así como los cambios demográficos y la aprobación cultural, política y científica de la fórmula en el siglo XX han tenido un impacto fundamental en la disminución de los índices de la lactancia tanto en México como mundialmente. Se discute el reconocimiento consecuente de las ventajas de amamantar por el campo médico y político y los cambios en las campañas de salud, para entonces prestar atención específicamente a la situación en México, proporcionando algunos hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud más reciente (ENSANUT, 2012).

### **1.2. La evolución de la alimentación infantil: una perspectiva histórica**

El amamantamiento es una práctica mamífera antigua que por milenios aseguraba la supervivencia de las especies humanas (Stolzer, 2006). Existe evidencia arqueológica que permite plantear la hipótesis que la mayoría de los niños prehistóricos fueron amamantados exclusivamente por 5-7 años, o sea antes de la erupción de molares permanentes, y que variaciones en las prácticas alimentarias empiezan a aparecer con el advenimiento del fuego que permitió la preparación de otros alimentos adecuados para niños pequeños (Dettwyler, 1995 en Stolzer, 2006). Los primeros registros de la lactancia materna aparecen en Oriente Medio alrededor del año 3000 AC y demuestran que el destete generalmente ocurría entre 3-4 años de edad (Fildes, 1986; Stuart-Macadam, 1995 en Stolzer, 2006). Con el tiempo, el periodo promedio del

amamantamiento poco a poco va disminuyendo, ya el Talmud formula la ley de la lactancia para todas las mujeres judías declarando que “al recién nacido hay que amamantarlo durante veinticuatro meses”, y que no se debe reducirlo por lo que “el pequeño podría morir de sed” (Yalom, 1997: 44).

Aparte de dar el pecho, las mujeres de la antigüedad solían usar dos alternativas para alimentar a sus hijos (Stevens *et al*, 2009): el empleo de nodrizas, que comienza por lo menos desde el 2000 A.C., y que evoluciona en Europa de la Edad Media y Renacimiento en una práctica muy organizada con los contratos y las leyes destinadas a regularla; y, una opción menos favorable, la administración de la leche de los animales como oveja, cabra o vaca, pues se han encontrado vasijas y hornos de todas las formas y tamaños, cuyos orígenes se remontan a miles de años antes de Cristo. Sólo a finales del siglo XIX la profesión de nodrizas empezó a reducirse hasta llegar a su extinción, debido principalmente a la introducción de la pasteurización y el biberón y los procesos culturales de individualización.

La atención al abandono de la lactancia materna tuvo varios precedentes históricos. Los testimonios escritos acerca de la leche cruda y sus riesgos aparecen ya en la época romana; existen registros que en Europa durante los años 1500-1800's, las madres alimentaron a sus niños cada vez más con la leche secretada de otros mamíferos y por las condiciones higiénicas imperfectas las tasas de mortalidad para estos niños eran extremadamente altas: así, durante la década de 1600's en Inglaterra, los índices de morbilidad infantil llegaban a más del 50%, lo que fue una calamidad social (Fildes, 1986 en Stolzer, 2006).<sup>1</sup>

En México a finales de siglo XIX alimentar a sus hijos con el pecho, por más y menos dos o tres años, era común entre mujeres de cualquier clase social; las europeas que vinieron al país observaban que las madres mexicanas tenían más oportunidad de ver a sus hijos sobrevivir y permanecer sanos que las que tenían las mujeres del Viejo Continente (Carillo, 2008). Y si la lactancia era imposible o indeseable por cualquiera razón, las aristócratas mexicanas solían contratar nodrizas quienes típicamente venían del campo a las ciudades. La costumbre del empleo de nodrizas en las clases

---

<sup>1</sup> Los procesos acelerados de la industrialización y la urbanización y la prevalencia de la moral victoriana que veía el acto de amamantar como “indecente” contribuyó aún más al descenso de la lactancia en Inglaterra y Europa y, más tardíamente, en las sociedades colonizadas por los europeos (Stuart-Macadam, 1995 en Stolzer, 2006).

privilegiadas era muy común en Europa donde a partir de los 1400's las élites usaban el destete temprano y el empleo de nodrizas como una estrategia de aumentar la fertilidad para que más hijos pudieran nacer dentro de los estratos dominantes (McClaughlin, 1976 en Stolzer, 2006); en los siglos XVI-XVII las mujeres urbanas de todo tipo de posición social usaban nodrizas, sin embargo, esta práctica no se difundió al ámbito rural donde residió la mayoría de la población europea (Badinter, 1991).

Podemos destacar que varias fuentes afirman que por lo menos hasta principios del siglo XX la lactancia extendida era una norma cultural (Anderson, 2010; Stolzer, 2006; Carillo, 2008). Por ejemplo, en la lección clásica del antropólogo Marcel Mauss (1979) aparece esta observación curiosa escrita antes de o durante los años 1930's sobre las técnicas corporales que coloca el amamantamiento dentro de las técnicas de la infancia que se centran en la crianza y alimentación del niño:

*Destete. —Se tarda mucho en hacerlo, a veces dos o tres años. Hay obligación de dar de mamar, incluso a veces de alimentar así a los animales. La mujer tarda mucho en perder su leche. Existe incluso una relación entre el destete y la reproducción, deteniéndose ésta hasta el destete (Mauss: 1979, p. 348).*

Esto empezó cambiar al finales del siglo XIX con el invento de pasteurización y la mecanización de la industria láctea que permitieron producir los substitutos de la leche humana más seguros para administrar a los niños (Diez Castilho y Barros Filho, 2010). Las primeras fórmulas eran personalizadas - hechas por encargo por los profesionales médicos (Stolzer, 2006). En 1867 Henri Nestlé produjo la primera leche en polvo comercial para las masas que fue el éxito instantáneo, y ya en 1873, medio millón de cajas de leche Nestlé se vendían en Estados Unidos, Europa, México y Argentina (Manal, 2010). Aunque no siempre avalados por la comunidad médica, sus primeros anuncios tendieron a realizar planteamientos pseudocientíficos con imágenes acompañantes que estaban puestas en valores edificantes y propositivos, ligados con la nueva ideología de bienestar representada por la higiene y medicina (Del Castillo Troncoso, 2006).



Aunque al principio algunos doctores se oponían al consumo de la fórmula genérica, la industria médica pronto llegó a reconocer el potencial de las formulas producidas y distribuidas a gran escala y se alineó con la industria alimentaria (Palmer, 1991 en Stolzer, 2006). Así, el uso de fórmula comercial comenzó a ganar popularidad a partir de los 1910's, y por la década de 1940's se consolidó como alternativa principal a la lactancia materna en muchas sociedades industrializadas (Diez y Barros, 2010; Wolf, 2006). Los años 1950-60's corresponden a la cima del consumo de fórmula en los países del Oeste: se calcula que en Estados Unidos más del 80% de las madres alimentaban a sus hijos de esta manera (Jelliffe y Jelliffe, 1978 en Wolf, 2006). El ascenso del consumo de fórmulas

coincidió con los crecientes procesos de la industrialización, la urbanización y promoción de alimentos empacados y supuestamente sanos; la fórmula pasó de ser “un producto originalmente inventado en el siglo XIX, en gran medida para salvar a los niños huérfanos y abandonados que murieron de diarrea debido a la leche de vaca maltratada y adulterada” (Wolf: 2006, p.12) a un artículo doméstico presente en los hogares de todo tipo.

En 1973, el escándalo internacional se desarrolló cuando salieron revelaciones que Nestlé fue intensamente vendiendo fórmula infantil en comunidades empobrecidas del tercer mundo que no tenían ni los recursos materiales ni infraestructura o condiciones sanitarias para preparar la fórmula de manera segura para los niños (Law, 2000). Las noticias provocaron el boicot de sus productos en varios establecimientos públicos y privados a lo largo del mundo. Nestlé se encontró en el epicentro de la controversia de nuevo cuando un representante de la empresa afirmó que la mitad de las mujeres en África estaban infectados por el VIH, y que sus recién nacidos corrían el riesgo de transmisión del virus a través de la lactancia materna (Liamputtong, 2011). Para 1970, empezó a salir a la luz un flujo de estudios que mostraron los riesgos asociados con el

uso de fórmula en el corto y el largo plazo y las tendencias de la alimentación infantil en los países de Oeste comenzaron a cambiar en otra dirección, así que para 1978 poco más de la mitad (54%) de las madres estadounidense amamantaron sus hijos (Jelliffe y Jelliffe, 1978 en Wolf, 2006). Los cambios fueron en parte fomentados por los esfuerzos de los organismos supranacionales, como la Organización Mundial de Salud y UNICEF, que desarrollaron una red de políticas, recomendaciones y regulaciones dedicadas a promover la lactancia materna (véase apartado 1.4.).

### **1.3. La medicalización de la lactancia materna y las políticas públicas**

El proyecto de la Ilustración y, más específicamente, el desarrollo de la ciencia objetiva como fuente suprema de conocimiento autorizado y la apropiación de saberes acerca de la salud y la nutrición de los infantes por parte de la medicina jugaron un papel clave en la transformación de las prácticas de alimentación infantil (Crotty, 1998 en Dykes, 2005). La Ilustración marcó también la época en que se produjo un crecimiento exponencial de la población humana y el desarrollo correspondiente de la economía capitalista con su énfasis en la productividad y el rendimiento. Estos procesos exigían del estado nuevas formas de poder y control, las que Michel Foucault llamó “biopoder”, donde “el poder reside y se ejerce en el nivel de la vida, de la especie, de la raza y de los fenómenos masivos de población” (Foucault, 2012: 129)<sup>2</sup>.

Se puede argumentar que, en los tiempos actuales, el “biopoder” se ejerce a través de las políticas públicas, por un lado, y las disciplinas como la medicina, la higiene y la puericultura, por el otro. El estado moderno asume el papel como gestor principal de los cuerpos de sus ciudadanos, y el control sobre los procesos reproductivos, la salud en el postparto de la mujer y la salud del recién nacido forma parte crucial de esta actividad. Además, existen las organizaciones supranacionales como la OMS (Organización Mundial de la Salud) y el UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas), que, por su parte, ejercen el control sobre los discursos de los poderes estatales y que vigilan la gestión de estos procesos a través de la publicación de sus recomendaciones y reportes anuales.

---

<sup>2</sup> El empleo del “biopoder” posibilita, por un lado, “la inserción controlada de los cuerpos en el aparato de producción” y, por otro lado, “un ajuste de los fenómenos de población a los procesos económicos” (ibid: 129).



Para registrar la escala del cambio que ocurrió en el terreno del cuidado infantil es provechoso hacer una pequeña excursión histórica. En México en tiempos anteriores a los fines del siglo XIX – principios del siglo XX, tanto la lactancia como el parto eran administrados por otras mujeres sin estudios formalizados pero con mucha experiencia práctica. Estamos hablando de una tradición con raíces históricas profundas: en el periodo prehispánico la partera, o la *Tlamatquicitl*, tenía una participación activa en la vida de la mujer posterior al parto, por lo que vigilaba la cuarentena, efectuaba los baños de temazcal, daba consejos sobre la alimentación para esta etapa y enseñaba a la madre cómo cuidar a su hijo con atención especial a la lactancia (Ramírez Carrillo, 2001):

*Dicha vigilancia y educación continuaban hasta los dos años en los que hacía hincapié en la importancia de la lactancia materna para evitar un embarazo inmediato. La responsabilidad de la Tlamatquicitl concluía con el destete, evento para el cual se efectuaba un banquete (ibid: 2).*

En 1831 se fundó la primera facultad Médica que, entre otras especialidades, ofreció el título de partera, sin embargo, la partería fue la carrera más breve, cursada solo por mujeres y con condiciones desfavorables (Salas Valenzuela *et al*, 2014). Conforme pasó el tiempo, las parteras sin acreditación oficial quedaron desplazadas por los médicos que se apropiaron del diagnóstico y tratamiento mientras que el cuidado de los infantes quedó a cargo de las enfermeras entrenadas (Ramírez Carrillo, 2001).

El Porfiriato y el siglo XX se caracterizaron por los procesos simultáneos de medicalización paulatina de todas las áreas de la vida junto con la institucionalización creciente de varios aspectos conectados con la vida de niños (Del Castillo Troncoso, 2006): la apertura de nuevas escuelas de párvulos, o *kindersgarten*; la articulación de las estrategias higiénicas y pedagógicas en forma de Congresos de Instrucción y la incorporación de numerosos textos franceses de medicina infantil a los manuales en México. Los niños empezaron a ser vistos como un grupo vulnerable que necesitaba protección y la medicina expandió su jurisdicción hacia el control de la vida de los infantes, por un lado, definiendo colectivamente normas y patologías en términos de

salud y enfermedad, y, por otro lado, interviniendo a las prácticas de crianza para poder controlar desviaciones (Conrad y Schneider, 1992).<sup>3</sup>

A partir de 1880's los médicos, que eran principalmente hombres con creencias fuertes en el progreso tecnológico, empezaron imponer sus métodos científicos a la alimentación, especificando cuánto y con qué frecuencia habrá que dar el pecho y midiendo la leche para analizar su contenido nutricional y bacteriano (Carillo, 2008). La insistencia en la difusión de las reglas de puericultura se debía, al menos parcialmente, a que la mortalidad infantil se presentaba ya no solo en casos individuales, sino en forma de tasas de mortalidad, convirtiéndose en un "problema social", o sea en un objeto autónomo de inquietud y de estudio por los políticos y la prensa (Del Castillo Troncoso, 2006). El objetivo principal de los médicos en este entonces era substituir la autoridad tradicional de la familia por una autoridad basada en un saber racional (Boltanski, 1974). Conforme el espíritu de esta época, el médico era visto como el único guía y las nuevas reglas eran enseñadas de tal manera que parecía "el cura enseñando el catecismo" (*ibid*: 41), como en este texto médico francés del principio del siglo XX:

*Las mujeres del campo y las de las tribus salvajes, como las hembras de los animales, amamantan a sus pequeños sin inspirarse en regla alguna y siguiendo solamente su instinto... Sin embargo, la lactancia materna también necesita una dirección. Porque en el momento actual, en las condiciones de la vida creadas por una civilización avanzada, no basta con que una mujer quiera y pueda alimentar a su hijo para que tenga éxito en su empeño... Educar a un niño es un arte difícil que exige múltiples conocimientos (A.B. Marfan, 1902 en Boltanski, 1974: 30)*

Por otra parte, en el mismo periodo los médicos responsabilizaron a parteras y nodrizas de la mortalidad infantil y pusieron barreras a su trabajo en términos de leyes prohibitivas y obtención obligatoria de certificados de educación y formación para las

---

<sup>3</sup> Conrad y Schneider (1992) ofrecen la noción de los tres "niveles de medicalización": conceptual, organizacional y interaccional (médico-paciente). En el primer nivel, el vocabulario médico está utilizado para definir el problema a mano aunque la intervención directa de los médicos puede ser nula (como, por ejemplo, en el caso del alcoholismo o la obesidad). En el segundo nivel, las organizaciones adoptan el enfoque médico para el tratamiento de la patología; el último nivel de la medicalización suele ser ejecutado a través de las interacciones entre médicos y pacientes (por ejemplo, en el proceso de diagnóstico y prescripción del medicamento). El concepto de "niveles" ayuda a enfatizar que la medicalización es necesariamente incluye a los doctores y los tratamientos médicos (aunque con frecuencia lo hace) y que se puede manifestar en varios entornos y en diferentes formas.

trabajadoras cuyo costo muy elevado dejaba a muchas fuera de la posibilidad de seguir en su profesión. Las que podían obtener los certificados, que hasta entonces habían sido trabajadoras independientes, quedaron sometidas a la vigilancia de las instituciones formales (Staples, 2008).

La aparición de las disciplinas como la pediatría y la eugenesia tenían un impacto fuerte a la transformación de normas de maternidad. Bajo el lema de reconstruir “La Gran Familia Mexicana” el estado posrevolucionario encargó a los eugenistas y a los higienistas infantiles la tarea de dirigir la conducta de las madres y reorientarla hacia la “maternidad consciente” (Stern, 2000 en Castilla, 2005: 191), o la “maternidad científica” (Apple, 1995 en Torres, 2013), es decir, desde este momento las prácticas de la crianza deberían ser basadas en la literatura especializada y los hallazgos más recientes de las ciencias y no, por ejemplo, en las costumbres o las tradiciones.

En resumen, la primera parte del siglo XX fue dominada por las nociones de la separación, el control, la rutina y la disciplina que estaban profundamente arraigados dentro de la imagen de supuestamente “buenas” prácticas de maternidad, aprobados por la comunidad científica y educativa (Beekman, 1977 en Dykes, 2005). Sin embargo, en la segunda mitad del siglo pasado ocurre un desplazamiento hacia otro tipo de discurso, opuesto anterior y basado en los mandatos de la “naturaleza” con el énfasis en el vínculo madre-hijo y la alimentación guiada por las necesidades del bebé (Boltanski, 1974). La madre es nuevamente un ser libre que puede elegir entre opciones del cuidado y en la cual la sociedad y el médico pueden delegar ciertas responsabilidades.

El cambio hacia el discurso “natural” tiene sus raíces en la propuesta médica (y específicamente psicoanalítica) que, además de examinar las cuestiones de la nutrición, el sistema inmunológico o el desarrollo de los niños, asignó un valor afectivo a la lactancia (Castilla, 2005: 191). El concepto del vínculo madre-hijo, esta relación especial que se fortalece a través de actividades específicas íntimas y que se construye en la primera etapa de la vida del niño, tiene sus orígenes el trabajo del psicoanalista John Bowlby en los años 1950-60’s. Convencido, en parte, por los estudios que mostraron los efectos de la privación del estímulo tanto entre los humanos como entre los monos, Bowlby se concentró en la ausencia de la madre como la variable clave en la explicación de problemas del desarrollo de los niños (Eyer, 1992 en Wall, 2001). La idea fue popularizada más aún por el inglés Donald Woods Winnicott, quien además de

ser un pediatra también se formó en psicoanálisis. Analizando la relación madre-lactante, Winnicott atribuyó a la madre y su cumplimiento con las funciones maternas la responsabilidad del crecimiento del niño y de su transformación en un individuo coherente y confiado, alguien seguro de sí mismo y que, en consecuencia, puede ocupar su lugar en el mundo. Desde entonces, fue aceptada ampliamente la idea de que los primeros tres años de edad es la etapa crucial en la formación del niño (Adams, 1992).

Aunque el discurso médico dominante actualmente se ha cambiado a favor de lo “natural” cuya parte integral es la promoción de la lactancia, se observa que muchos hospitales mexicanos mantienen las prácticas que corresponden más a la época anterior cuando se postulaba que lo más vital era el control de las infecciones. Por ejemplo, los hospitales tanto públicos como privados todavía practican la separación de las madres y sus bebés durante su estancia en el hospital (Delgado-Becerra, 2006; Sacco *et al*, 2006)<sup>4</sup>. Es común que las madres se reúnan con los recién nacidos cada cuatro horas para ponerlos al pecho por 20 minutos, luego los bebés son devueltos a las enfermeras.; aquellos niños que no recibieron la cantidad de alimento que necesitaban reciben leche de fórmula adicional<sup>5</sup>.

La Liga de la Leche Internacional (LLLI), una organización no-gubernamental y promotora de los derechos familiares y de la maternidad, ha sido un actor importante en prestar el apoyo a las mujeres tanto en Estados Unidos, donde se originó, como mundialmente (la sede original fue establecida en 1956 en Illinois; en 1972 fue creada la primera sede en México, quedando registrada como asociación civil en 1982)<sup>6</sup>. Al

---

<sup>4</sup> Esto a pesar de que varios estudios han mostrado que la práctica de la separación y la introducción temprana de fórmula tiene un efecto perjudicial en la capacidad de una mujer para amamantar, a menudo dejando en las mujeres la sensación de que su producción de leche es insuficiente y que la alimentación con fórmula es su única opción (Anderson, 2010) que causa «síndrome percibido de leche insuficiente».

<sup>5</sup> Además las investigaciones han detectado otras políticas y prácticas del sistema de salud mexicana que tenían o siguen teniendo efectos divergentes a la lactancia materna: se ha comprobado el vínculo entre la dinámica negativa de los índices de la lactancia y el número aumentado de cesáreas (González Pérez, 2011), las políticas de control estatal sobre la fecundidad femenina, particularmente el desprecio de la lactancia como una forma de protección del embarazo y su reemplazo por la administración de los contraceptivos orales (Potter, 1987) y la penetración de las estrategias de mercadotecnia de los productores de las formulas infantiles dentro de los círculos de los médicos profesionales (Perez-Gil, 2004). La venta de las fórmulas en México es un negocio establecido y creciente aunque las empresas transnacionales que han logrado a dominar y monopolizar el mercado mexicano no revelan el tamaño preciso de ese segmento (Harrup, 2013).

<sup>6</sup> Según la página oficial de LLLI en México. Fuente: <http://www.llli.org/mexico.html> [Consultada 09 junio 2015]

principio, la política de la LLLI provocó críticas porque se oponía al trabajo femenino afuera del ámbito doméstico y su alcance era limitado principalmente a las clases medias de la población blanca urbana (Law, 2000). Sin embargo, el discurso de la organización ha cambiado con el tiempo; ahora la Liga de la Leche Internacional cuenta con un consejo consultivo profesional formado por más de 50 especialistas en pediatría, obstetricia, nutrición, psicología, administración y derecho. En México la organización cuenta con 16 grupos de apoyo en el Distrito Federal y 3 en el Estado de México, donde “la madre embarazada y/o lactante puede recibir e intercambiar información teórica/práctica sobre lactancia materna”, además de ofrecer apoyo telefónico proporcionado por las madres voluntarias desde sus casas<sup>7</sup> (para conocer los principios fundamentales de la LLLI, véase Apéndice 2).

Mientras los consultores de la LLLI son típicamente voluntarios sin la acreditación formal, en las últimas décadas ha surgido la profesión de los consultores de la lactancia que obtienen certificados especializados (por ejemplo, el de IBLCE, *International Board of Lactation Consultant Examiners*) para poder brindar servicios a las madres en hospitales, centros comunitarios o trabajar como profesionales independientes. Sus conocimientos tanto médicos como prácticos están en alta demanda: sólo en Estados Unidos hay más que 13 000 consultores certificados por IBLCE (Torres, 2013). Como observa Torres (2013), tanto los voluntarios de LLLI como los consultores profesionales comparten la filosofía de demedicalizar y regresar el control sobre la lactancia a las mujeres.

Otro factor importante relacionado con los cambios de los índices de la lactancia materna es el que tiene que ver con las políticas públicas de la salud. A partir de 1970's la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) hicieron esfuerzos conjuntos para proteger, promover y apoyar la lactancia materna: la 27a Asamblea Mundial de la Salud en 1974 reconoció la creciente disminución de la lactancia materna, atribuida a las estrategias agresivas de promoción de la leche de fórmula manufacturada. Esto llevó al desarrollo del Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna (OMS, 1981) dirigido fomentar los índices de la lactancia y al mismo tiempo regular la promoción de los sustitutos,

---

<sup>7</sup> Fuente en la página oficial de LLLI en México: <http://www.llli.org/mexico.html#Gruposdeapoyo>. [Consultada 21 septiembre 2015]

por ejemplo, restringir su promoción para los menores de seis meses o prohibir la distribución gratuita de cajas de fórmulas a los doctores.

Tras el lanzamiento del Código Internacional, la OMS emitió una sucesión de políticas destinadas a aumentar las tasas de lactancia materna a nivel mundial (Anderson, 2010). De particular importancia fue una declaración conjunta publicada por la OMS y el UNICEF de 1989 titulada "La protección, promoción y apoyo de la lactancia materna: el papel especial de servicios de maternidad ", que incluía los Diez Pasos para una Lactancia Exitosa (véase el Anexo 1).

En 1990, la Declaración de Innocenti sobre la protección, promoción y apoyo de la lactancia materna fue patrocinada conjuntamente por la OMS y UNICEF. La idea detrás de la declaración era respaldar un conjunto de metas a cumplir por los gobiernos con el fin de lograr un cambio cultural que facilitaría un aumento en la iniciación y duración de la lactancia. Los 32 gobiernos, entre ellos México, que firmaron la declaración prometieron promover la lactancia materna mediante el establecimiento de un comité nacional y la implementación de los Diez Pasos dentro de hospitales. Poco después, se estableció La Iniciativa Hospital Amigo del Niño (IHAN) para reconocer los hospitales que hacen esfuerzos para apoyar la lactancia.<sup>8</sup>

En cuanto a los programas nacionales, en 1943 se fundó el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS); el hecho que marcó el comienzo del diseño de las políticas públicas de salud. Actualmente la alimentación infantil está regulada por dos instrumentos oficiales<sup>9</sup> que establecen que el personal de enfermería es el encargado de i) enseñar posiciones para la lactancia materna; ii) manifestar verbalmente las ventajas de la lactancia materna; iii) explicar a las madres medidas de higiene básicas para el aseo de los senos, de las manos, de los biberones y otros utensilios para la alimentación infantil; iv) recomendar el consumo de agua de calidad; y iv) ofrecer recomendaciones generales de alimentación complementaria (“probaditas”). Sin embargo, los programas básicos de estudio para las enfermeras carecen de la enseñanza de dichas normas

---

<sup>8</sup> Organización Mundial de la Salud, UNICEF (2009). Iniciativa Hospital Amigo del Niño. Edición revisada, actualizada y ampliada para atención integral. Internacional. [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi\\_trainingcourse/es/](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi_trainingcourse/es/) (Consultada 14 oct. 2014)

<sup>9</sup> La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA-2-1993 Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido y la Norma Oficial Mexicana NOM-031-SSA-2-1999 Para la Atención a la Salud del Niño.

mientras la bibliografía didáctica al respecto del tema de la alimentación infantil no está actualizada para incorporar las recomendaciones de la OMS más recientes (Salas Valenzuela *et al*, 2014).

Aunque México ha adoptado y gradualmente expandido el alcance tanto del Código Internacional de la OMS como de la Declaración de Innocenti, se reconoce que hay barreras para que estas realmente impacten los índices de la lactancia (Espinoza Cadima *et al*, 2014; González de Cosío *et al*, 2015; Pérez-Escamilla, 2015). A pesar de la existencia del interés aparente manifestado por varios sectores políticos, la legislación que supone proteger la lactancia en el lugar de trabajo<sup>10</sup> y un programa de promoción de la lactancia por parte del Seguro Popular, se identifican la carencia del financiamiento para un programa nacional, del entrenamiento del personal de salud, del apoyo a la investigación y evaluación de las iniciativas presentes, de la promoción de la práctica en medios masivos de comunicación y de una coordinación central intersectorial que aglutine y coordine las actividades en su conjunto (Bradley, 2011 en González de Cosío *et al*, 2013).

#### **1.4. Los cambios sociodemográficos del siglo XX en México asociados con la transformación de las prácticas de alimentación infantil**

Dentro del periodo de los últimos cincuenta años México pasó por varios cambios sociodemográficos que transformaron radicalmente la estructura y el tamaño de la familia, el campo ocupacional de la mujer y las relaciones de género, que, a su vez, han sido reflejados en los cambios de las prácticas de crianza.

Mientras que a mediados de la década de los 1970's las tasas de fecundidad alcanzaron casi seis hijos por mujer, después se observa una disminución gradual del promedio de los hijos debido a la ampliación de la cobertura de los programas de planificación familiar y creciente participación de la población femenina en educación y actividades económicas (INEGI, 2006).

Así, la tasa global estimada para 2009-2010 fue de 2.36 hijos por mujer, aunque se observan disparidades significativas entre diversos grupos sociales: las mujeres con primaria incompleta tienen 3.6 hijos mientras las que cursaron estudios profesionales

---

<sup>10</sup> Según la Ley Federal de Trabajo (art. 170 f. IV), las mexicanas que tienen un trabajo formal cuentan con licencia de maternidad de 12 semanas y dos descansos de 30 minutos al día durante la jornada laboral, el derecho que debe ser respetado durante todo el periodo de su lactancia.

tienen 1.6 (Solís y Ferraris en Rabell, 2014: 271). Se observa también una disparidad en las edades al casarse: mientras que la edad promedio para las mujeres no ha cambiado drásticamente desde 1930's, siendo alrededor de 22 años, las mujeres con una mayor escolaridad suelen posponer el matrimonio hasta mucho más tarde. Al mismo tiempo, más mujeres ascienden al mercado de trabajo: en las áreas urbanas la participación laboral de las mujeres adultas (entre 18 y 64 de edad) se habría elevado de 39% en 1991 a 55% en 2011 (García y Pacheco en Rabell, 2014: 711). Los viejos modelos de pareja y familia entran en tensión con nuevas aspiraciones femeninas tales como la realización profesional y personal dentro de las clases medias y la “demanda de ocio”, este último implicando un nivel creciente de tentaciones de consumo que interpelan directamente a las mujeres pertenecientes al sector social estudiado (Zicavo, 2013: 81).

Las demandas del trabajo, las necesidades económicas y los cambiantes mandatos normativos femeninos llevaron a una institucionalización creciente de la crianza en forma que es poco compatible con el amamantamiento. En México, la ausencia de políticas públicas adecuadas que puedan proteger la lactancia materna más allá de los primeros meses contribuye todavía más a la disminución de los índices de esta práctica (García y Pacheco en Rabell, 2014: 722). El diseño y la cultura de espacios laborales presentan barreras difícilmente superables para la lactancia materna exclusiva y dificulta la lactancia materna prolongada (especialmente en las áreas urbanas); se observa que las mujeres que trabajan de tiempo completo tienen mucho menores posibilidades de amamantar (Bonet, 2013) por lo que las mujeres a menudo encuentran en sus lugares de trabajo la falta de apoyo de sus compañeros y gerentes, la ausencia de un lugar privado para amamantar, exprimir la leche materna o almacenar la leche extraída, la inflexibilidad de horarios laborales, la discriminación por el género o estatus como madre, entre otros obstáculos (Rippeyoung and Noonan, 2012).

### **1.5. Datos nacionales**

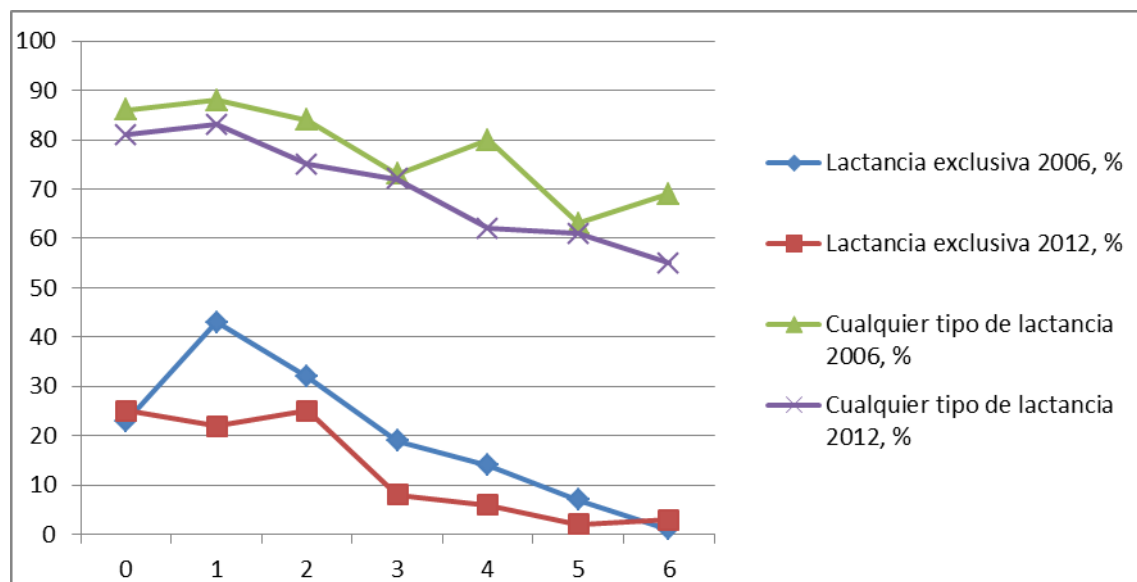
En México entre 1960's y 1980's los índices del inicio de la lactancia materna estaban entre los más bajos en los países en desarrollo: aproximadamente la mitad de los niños mayores de 6 meses no eran ya amamantados (González de Cosío *et al*, 2013). La duración mediana del amamantamiento (calculada de ser alrededor de diez meses) había permanecido estable desde la década de los 1970's hasta 2006, en general, siendo más corta en zonas urbanas y más larga en comunidades rurales.



¿Cómo podemos describir la situación actual de la lactancia materna en México? Según la Encuesta Nacional de Salud más reciente (ENSANUT, 2012), se observa una tendencia general de la disminución del amamantamiento exclusivo en los primeros seis meses: mientras el 93.7% de los infantes son amamantados por lo menos alguna vez, el porcentaje de las madres que dan a sus criaturas sólo el seno materno en sus primeros meses ha disminuido a nivel nacional entre 2006 y 2012, pasando de 22.3% a 14.4% (Tabla 1.1).

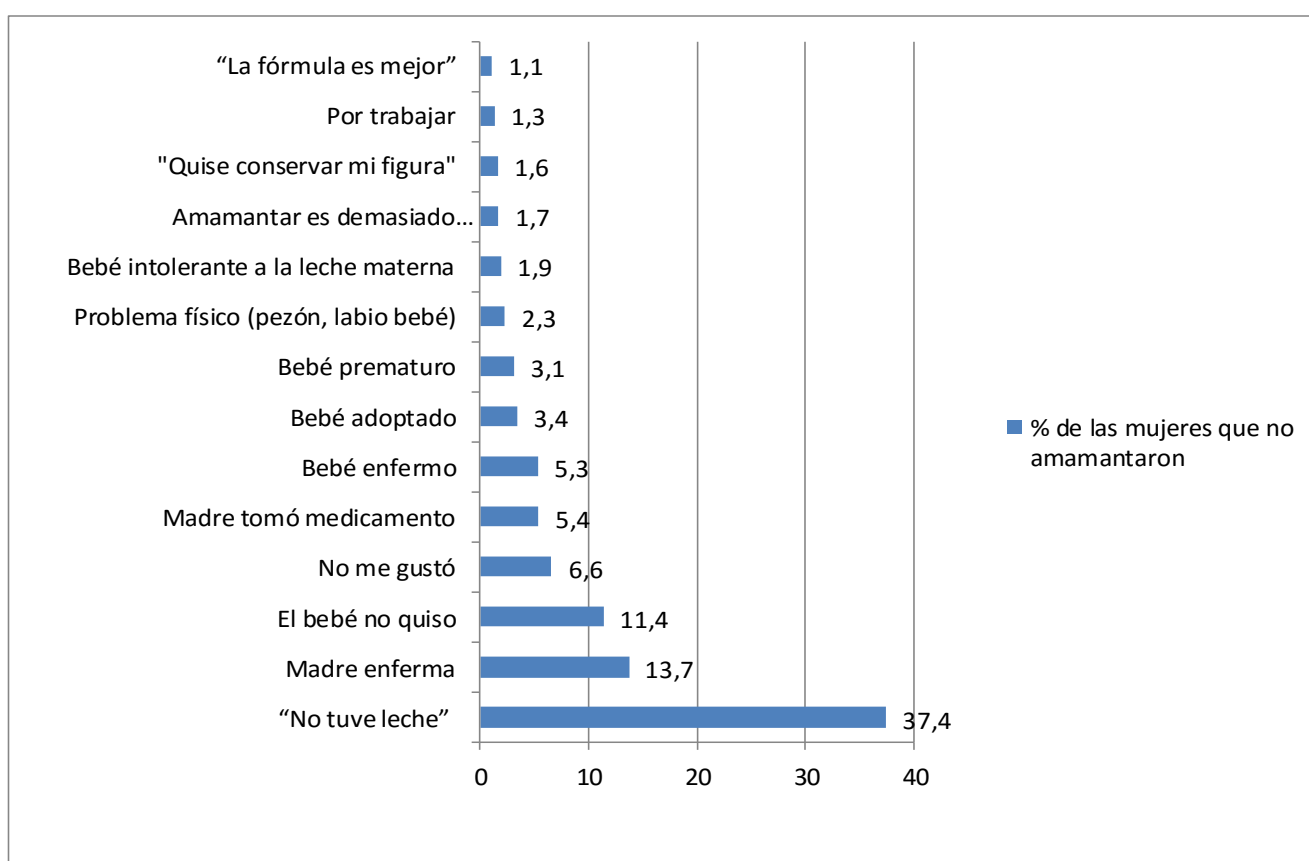
Esto significa que más lactantes consumen fórmulas y agua que inhibe la producción láctea de las madres e incrementa de manera importante el riesgo de enfermedades gastrointestinales de los infantes, especialmente en las zonas con acceso limitado al agua purificada. Esta tendencia ha sido más marcada en la población vulnerable como en las mujeres indígenas, aquéllas sin empleo remunerado o de menor nivel socioeconómico, con primaria incompleta o en los hogares en pobreza y seguridad alimentaria (González de Cosío *et al*, 2015) aunque estos grupos poblacionales siguen practicando la lactancia por el periodo más extenso que los grupos urbanos donde el periodo de lactar los hijos es de cinco meses en promedio (González, 2015).

**Tabla 1.1 Prácticas de lactancia materna en los primeros seis meses después del nacimiento (ENSANUT, 2012)**



La encuesta de ENSANUT presenta también los motivos de aquellas madres que no amamantaron (Tabla 2.1). Las respuestas más comunes son “no tuve leche”<sup>11</sup> (37.4%), “madre enferma” (13.7%) y “el bebé no quiso” (11.4%). La decisión de no amamantar aparece ser ligada a la falta de información y apoyo en el periodo postparto (González, 2015) aunque entre las respuestas aparecen también los motivos posiblemente influenciados por los estandartes de belleza (“quise conservar mi figura”), cuestiones laborales y el poder de la mercadotecnia de los productores de fórmulas.

**Tabla 2.1 Motivos para la ausencia del inicio de lactancia. Mujeres de 12 a 49 años, madres de niños menores de 24 meses (ENSANUT, 2012)**



<sup>11</sup> Según los estudios, la producción percibida insuficiente de leche es la principal causa del abandono temprano de la lactancia materna por las mujeres en todo el mundo de todos entornos culturales y socioeconómicos (Sacco *et al*, 2006).

Este fenómeno está asociado con la administración de los suplementos de la leche materna motivada por el retraso en el inicio de la lactancia, el inadecuado conocimiento de la naturaleza y la técnica de la lactancia, contacto insuficiente entre las madres y los recién nacidos en las sociedades industrializadas, la penetración de la fórmula comercial y la falta de confianza de la madre en su capacidad láctea impulsada por ciertos comportamientos de bebé (llantos, periodos de dormir cortos *etc.*) De estos factores, sólo el último es normalmente identificado por las mujeres mismas como algo que les provocó terminar dar el pecho.

## **1.6. Conclusiones**

En el siglo XX la maternidad y las prácticas de crianza pasaron por el proceso de desprivatización volviendo a ser un asunto público y un objeto de la atención de varias disciplinas así como de políticas del gobierno y varios cuerpos supranacionales. Mientras el progreso tecnológico permitió producir los sustitutos de la leche materna adecuados para la alimentación de los lactantes y de alguna manera “liberar” las mujeres de la obligación de amamantar a sus hijos en las primeras etapas de su vida. De esta manera, la lactancia materna se transformó de ser una condición de supervivencia de los infantes a una “selección de estilo de vida” (Wolf, 2006) que cada mujer hace según sus creencias, necesidades y condiciones materiales. A pesar de recientes esfuerzos por parte de los sistemas de salud y ciertas organizaciones de promover la lactancia, a gran escala se observa su disminución en las sociedades industriales y, particularmente, en México.

Como hemos observado la lactancia materna es “un problema multifacético que puede ser seminalmente vinculado con la historia evolutiva humana, el funcionamiento biológico, el apego madre-hijo, interdependencia fisiológica dentro de la diada madre-hijo, la nutrición, la economía, el funcionamiento familiar, la comunidad médica, las estructuras políticas y sistema de creencias culturales” (Stolzer, 2006: 22). Actualmente, la manera de pensar y hablar sobre la lactancia materna está afectada por dos discursos centrales que prevalecen el imaginario social en el Occidente: primero, la visión natural-mecánica asociada a una visión médica de la salud, el riesgo y la enfermedad, y, segundo, la visión integral-afectiva que refuerza la importancia del vínculo psicológico madre-hijo.

## **CAPITULO II. REPRESENTACIONES, SIGNIFICADOS Y SIMBOLISMOS DE LA LACTANCIA MATERNA Y EL PECHO FEMENINO**

### **2.1. Introducción**

Mientras que el primer capítulo de los antecedentes afirma que la lactancia materna está moldeada por las grandes estructuras sociales, los discursos predominantes y las fuerzas culturales, que, sin duda, merecen un estudio meticuloso, el presente capítulo abarca el complejo tema de la teorización de la lactancia y temas conectados en la variedad de las disciplinas, principalmente, la sociología, la antropología, los estudios culturales, los estudios de género (desde la perspectiva feminista) y, finalmente, la medicina (con un esfuerzo de brindar al lector una breve descripción de los procesos biológicos involucrados en lactogénesis y los mecanismos corporales que lo acompañan).

El objetivo de este capítulo es recuperar algunas de las investigaciones más relevantes sobre el tema de la tesis que abarcan los imaginarios culturales asociados al amamantamiento; se subraya que esta práctica tiene – y siempre ha tenido – una carga simbólica, un rico significado, un valor a veces intangible pero importante para la formación de la identidad de la madre tanto subjetivamente, como vista desde la familia, la comunidad y la sociedad en general.

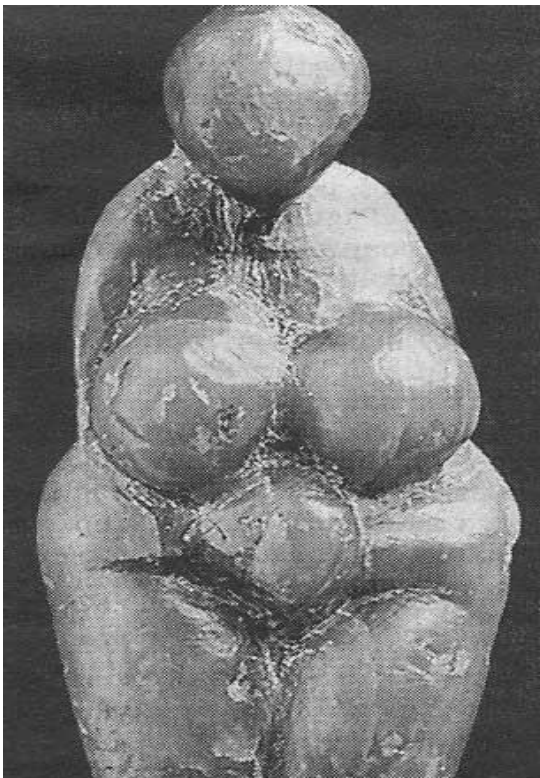
El primer apartado de este capítulo examina el rico simbolismo del pecho femenino, evidente en representaciones artísticas y documentos históricos; el segundo retoma algunos estudios antropológicos y sociológicos para examinar el vínculo entre discursos dominantes y discursos populares apuntando a la posibilidad de la existencia de una tensión entre ellos; el tercero se enfoca en el aspecto corporal del amamantamiento recuperando las aportaciones que ha proporcionado la literatura feminista; luego se analizan las dicotomías culturales asociadas a lactar en público; y, finalmente, el último apartado explora el componente afectivo de la lactancia materna (haciendo referencia a discursos psicoanalíticos), cuestionando su universalidad y proponiendo que los sentimientos e inclinaciones emocionales tienen una base social contextual.

### **2.2. El pecho sagrado, maternal, sexual y político**

Las ciencias sociales contemporáneas, en general, se caracterizan por el creciente interés en el tema de cuerpo, en parte debido al logro del movimiento feminista en reconocer el desequilibrio de las relaciones de poder entre hombres y mujeres y subrayar la diferencia corporal como su argumento (Turner, 2004). Históricamente, las

ideas sobre el cuerpo femenino han desempeñado un papel importante por lo que ellas son parte de las representaciones poderosas de la sociedad donde las mujeres se encuentran en posiciones inferiores en los espacios sociales, políticos y personales de la vida.

Como durante la mayor parte de la historia humana la leche materna significaba la vida o la muerte para el recién nacido, tanto el pecho lactante como la leche materna tenían una aureola sacralizada en las culturas antiguas (Yalom, 1997). Las diosas de antaño



**La Venus de Grimaldi, o la Polichinela.**  
Hallada a finales del siglo XIX en la cueva del Príncipe (Grimaldi, Liguria, Italia), datada en unos 22.000 años. Disponible:  
<http://historiayciencia.com/antropologia-venus-grimaldi.htm>

eran figuras maternas cuyos cuerpos prometían fecundidad y alimento. Era la forma femenina en su plena madurez la que generalmente se veneraba en los tiempos anteriores al acceso de cultos de los dioses viriles de la guerra como Zeus en Grecia helenística o Yahvé del pueblo israelita:

*Las mamas femeninas han tenido diversos significados a lo largo de la historia. La llamada prehistoria dejó dispersas por muchas áreas del planeta millares de estatuillas representando mujeres desnudas, de llamativos y protuberantes senos, prominentes estómagos y rollizas nalgas. Estos adiposos cuerpos no eran el Play Boy de la prehistoria, eran símbolos de la posibilidad de la vida como un principio femenino ligado a la nutrición, a la fertilidad de la naturaleza, a la posibilidad*

*de que la vida se de y la descendencia se logre (ibid: 50).*

Los egipcios veneraban a la Diosa Isis, y su imagen, plasmada en los templos y lugares sagrados, muchas veces revela a Isis amamantando a su hijo Horus; se considera que fue el arquetipo de la imagen cristiana de la Virgen amamantando al Niño.

Los fluidos corporales – la leche materna entre ellos - también encontraban un lugar importante en la mitología antigua: tomamos, por ejemplo, el mito griego del origen de la Vía Láctea: según esto, los mortales podían volverse inmortales si mamaban del pecho de la reina de las diosas, Hera, algo que quiso aprovechar Zeus. Él colocó a su hijo Hércules, nacido de la mortal Alcmena, al pecho de su esposa pero Hera se despertó y la leche se extendió por los cielos. Los griegos, como muchas otras culturas antiguas, pensaban que la leche es el resultado final de la cadena alimento-sangre: Aristóteles en los textos acerca de la clasificación de los procesos bioquímicos afirmaba que la sangre se transforma a la leche y es el producto corporal más fino, inferior sólo al esperma que produce el hombre (Heritier-Auge en Feher y Nadaff, 1992: 169).



**Isis amamantando Horus; el periodo tardío de Egipto (664-332 A.C.), Museo de Cairo. Disponible: [http://www.bibliotecapleyades.net/biblianazar/esp\\_biblianazar\\_60.htm](http://www.bibliotecapleyades.net/biblianazar/esp_biblianazar_60.htm)**



**Leonardo da Vinci (atribuido), "Virgen con Niño"; a.1490, St. Petersburg, Museo Hermitage. Disponible: <https://www.pinterest.com/anaimilce/virgen-de-la-leche/>**

A pesar de que en la teología cristiana de los primeros tiempos se contemplaba el cuerpo sobre todo como un adversario al que había que derrotar (Yalom, 1997: 48), dentro de la religión Cristiana medieval tardía la leche de María era el símbolo de prosperidad, humildad y pureza (Turner, 2003). Esto dio lugar a un fenómeno curioso en el arte italiano e ibérico del siglo XIV: una proliferación repentina de imágenes de la Virgen María lactando, o de *Madonna Lactans*. Vestida en ropas humildes y ofreciendo un pecho desnudo al niño Jesús, la Virgen representa maternidad tranquila y serenidad; sin duda, los artistas estaban enviando un mensaje a las mujeres cuyas vidas cotidianas en el momento

consistían en luchas diarias para la alimentación y la supervivencia.

Entre el siglo XIV – cuando las Madonnas italianas exhibían su pecho como un manifiesto de alimento divino – y el siglo XVI, las realidades políticas y culturales emergentes hicieron del pecho un objeto erótico para conquistar; los poetas escribieron alabanzas comparando los pechos con frutos como “brotes”, “fresas”, “manzanas” y “cerezas” - o bien usaban las metáforas astronómicas como “orbes”, “globos” o “mundos” (Yalom, 1997: 111). En las pinturas de la época los pechos fueron a menudo mostrados con una mano de un hombre ahuecada en ellos.



Louis-Simon Boizot-Clement, “Francia ofreciendo sus pechos a todos franceses”; 1792, Bibliothèque Nationale, Paris. Disponible: <http://www.magnoliabox.com/tag/phrygian%2>

Con el triunfo de los revolucionarios antimonarquistas en Francia en 1789 el pecho materno con alusiones eróticas se le convocaría para servir a distintos intereses nacionales. Los pechos fueron utilizados en las obras artísticas como una referencia a la plenitud, la libertad y la vida, como, por ejemplo, en la famosa pintura de Eugène Delacroix “La Libertad guiando al pueblo” (1830) o en otras obras de la época:

*Los pechos desnudos ponían de manifiesto los poderes nutricios de las mujeres. En la pintura de Clement, los pechos llenos de Marianne [el símbolo de la nueva Francia – I.O.] eran para todos los franceses, una imagen de nutrición*

*revolucionaria subrayada en la pintura por un curioso ornamento: de una cinta que lleva al cuello y cae entre los pechos cuelga un nivel que significa que todo el pueblo francés tiene el mismo acceso a su seno. La pintura de Clement muestra el atractivo más elemental del símbolo de Marianne: igual atención para todos (Sennet, 1994: 308).*

Para resumir, podemos concluir que sean cuales sean los significados que demos al pecho femenino y el amamantamiento por las razones religiosas, políticas o de otro tipo,

“siempre irán ligadas a los valores de la sociedad y a las normas culturales” (Yalom, 1997: 323) de los tiempos, el hecho que también comprueba las investigaciones antropológicas que examino en el siguiente apartado.

### **2.3. Creencias y costumbres en las culturas tradicionales y los discursos populares**

Según los estudios de corte antropológico, en todas las culturas las prácticas de alimentación infantil, en particular el amamantamiento, suelen tener “un rico contenido simbólico” (Liamputtong, 2011: 2). Por ejemplo, un patrón notable es la creencia de la ambivalencia sobre el calostro: mientras las madres en algunas regiones asiáticas como Tailandia y Pakistán lo consideran como algo benéfico para sus bebés en la mayoría de las sociedades tradicionales se cree que el calostro es sucio, venenoso y contaminado (estos incluyen partes de África, Asia y América Latina). Otro patrón es la prohibición de las relaciones sexuales durante la lactancia, generalmente, por el miedo de la “contaminación” de la leche: por ejemplo, las tribus Samo de Burkina Faso creen que el espermatozoides y la leche son de naturaleza parecida pero de cualidad desigual, lo que les hace incompatibles (Heritier-Auge en Feher y Nadaff, 1992: 162). Asimismo, las comunidades *takshik* del noreste de Argentina se abstienen del sexo durante el primer año del bebé porque creen que la leche, al mezclarse con el semen, se torna agria y le provocaría trastornos al niño (Citro, 2009: 315). En general, se puede observar que la leche materna es vista como el mejor alimento para los infantes pero existe evidencia que muy a menudo las madres creen que su calidad puede depender del carácter, estado moral, las acciones o el comportamiento de la mujer (Sacco *et al*, 2006).

Aunque la antropología establece que el amamantamiento está permanentemente conectado con las fuerzas culturales hay indicaciones de que existen discrepancias entre esta práctica y la cultura más amplia. Van Esterik, una investigadora canadiense que se ha dedicado a estudiar las prácticas de amamantamiento desde de los 1980's, apunta que, como el amamantamiento es “un compromiso operativo entre lo que provee del pasado y que la practicidad urge” (O'Connor y Van Esterik, 2012: 13), este conflicto es muy común: un ejemplo es un asentamiento multiétnico en Mali donde se ha encontrado que el amamantamiento muy extendido y prolongado indica que las mujeres no



obedecen estrictamente ciertas doctrinas musulmanas<sup>12</sup>. Esta autora invita a pensar en el amamantamiento como una costumbre, o una “práctica aceptada” que está conectada con otras costumbres postparto que la facilitan (*ibid*: 13).

Estas costumbres postparto ayudan a la mujer a enfrentar las realidades potencialmente discrepantes: las incompetencias iniciales, el desarrollo de nuevas funciones corporales y la necesidad de ajustarse con su grupo social propio, pues cada nueva madre es también hija, algunas son esposas y muchas se encuentran trabajando. Los otros son impacientes para demandar su atención, tiempo y recursos, sin embargo, las mujeres tienen que suspender o limitar sus otras obligaciones si desean éxito en el amamantamiento. Y es por la necesidad de facilitar que la mujer se enfrente con esas realidades que en muchas comunidades existe la tradición de proteger la mujer de los demandas del mundo exterior en el postparto (que los investigadores denominan “*cocooning*”). Como señala el artículo:

*So cocooning denies the group's everyday demands, cutting off ordinary social life and prior bodily modes while focusing the mother on developing a new bodily mode with her baby (ibid: 16).<sup>13</sup>*

En un estudio de Punata, un pueblo de 13 mil habitantes en Bolivia, Tapias (2006) examina el conflicto entre los discursos médicos y los discursos populares que determinan las prácticas de la lactancia materna. La investigación trata de explicar las razones por las que las mujeres dejan de amamantar a pesar de los esfuerzos realizados por el sistema de salud, y explora la creencia que existe entre las mujeres en Punata sobre como las emociones negativas acumuladas por las madres tales como enojo o tristeza traspasan a la leche materna y causan una enfermedad en los niños en la forma de una diarrea que los locales llaman “arrebato”.

Relacionando los discursos acerca del amamantamiento con las representaciones psicosomáticas de la clase y el origen étnico, Tapias hace un análisis de estigmas sociales que obstaculizan la práctica dentro de la población más pobre. Da como

---

<sup>12</sup> Este argumento me parece útil para ayudar explicar la situación peculiar de México: a pesar de que es una cultura aparentemente centrada en el niño y la madre en varios aspectos, tiene los índices de la lactancia materna muy bajos.

<sup>13</sup> Pues, *cocooning* niega las demandas de la vida cotidiana del grupo, limita la vida social ordinaria y las modalidades corporales previas mientras deja a la madre desarrollar la nueva modalidad corporal con su bebé.

ejemplo una mujer de origen mestizo que convence a su empleada, que es indígena, de dejar amamantar a su hijo después de tres meses porque su leche esta “aguada” y “azul” (a pesar de que la empleada no reporta tener problemas con su lactancia). Estas creencias contrastan fuertemente con los discursos que trata de transmitir en Punata la campaña de promoción de la lactancia, financiada por un proyecto alemán, que promueve la leche materna como un alimento que es “siempre listo, siempre limpio” (Tapias, 2006: 92).

En otra investigación, realizada en Francia en los años 1960’s por Luc Boltanski bajo la dirección de Pierre Bourdieu, se reveló que los miembros de las clases populares también tenían las creencias de que el estado emocional inestable de la madre afecta negativamente la calidad de su leche (Boltanski, 1974). Rastreando estas convicciones a los discursos médicos del siglo XIX, el investigador francés lanza la hipótesis que los miembros de las clases populares son los últimos detentadores de los conocimientos médicos antiguos, ignorados por los miembros de las clases altas y olvidados por la medicina oficial moderna. En este sentido, el saber médico legítimo se difunde con una velocidad desigual en las diferentes clases sociales, llegando primero a las altas (únicas creadoras de categorías de pensamiento y de reglas de acción para Boltanski), luego a las clases medias, y finalmente, a las clases populares:

*El saber popular... está con fragmentos arrancados a conjuntos diferentes y de distintas épocas, separados de los sistemas ordenados, en cuyo seno tenían sentido, recogidos, como lo revelan las encuestas y las entrevistas, a veces en los libros o en publicaciones, con mayor frecuencia de la transmisión oral de la madre o la abuela, del farmacéutico, de la vecina o del médico (ibid: 84).*

#### **2.4. Discursos feministas acerca de la corporalidad innata del amamantamiento**

Las autoras que trabajan desde la perspectiva de los estudios de género han enfatizado el carácter corporal del amamantamiento (Hausman, 2013): por ejemplo, Stearns (2013) reconoce que el amamantamiento es la única parte del parentesco encarnada, el compromiso demandante que está fundamentalmente centrado en el cuerpo de la madre. En comparación con otras actividades rutinarias del cuidado de la infancia temprana (tales como el cambio de pañales, el baño, mecer para dormir, *etc.*), la lactancia materna, que normalmente ocurre aproximadamente cada dos o tres horas durante las primeras semanas, es posiblemente la tarea que consume más tiempo de las madres y

que no se comparte con los demás<sup>14</sup>. La lactancia requiere que el cuerpo materno esté disponible para llevar a cabo la actividad, y esto es distinto de muchas otras actividades más orientadas al consumidor. Esta naturaleza exigente de la práctica hizo que en la literatura anglosajona feminista haya sido clasificada como parte integral de “la maternidad intensiva”<sup>15</sup> (Stearns, 2013; Rippeyoung y Noonan, 2012; Ludlow *et al*, 2012; Afflerback, S. *et al.*, 2013).

Martínez (2001) señala que tanto el embarazo y el parto como el amamantamiento son situaciones vividas de diferente manera según los saberes que sobre el cuerpo tiene determinada sociedad. En las sociedades actuales el embarazo y los primeros cuidados del bebé están asociados con el riesgo<sup>16</sup> y por eso son crecientemente controlados por el mundo masculino de los médicos, significando para esta autora la pérdida la autonomía de la mujer. La idealización de la maternidad obliga los sentimientos maternos tomar la forma de “una ilimitada pasión de la madre hacia el hijo, que pone el amor materno por encima de cualquier otro afecto o interés” (*ibid*: 105) cuyo contraste con la realidades propias de las mujeres genera fuertes conflictos internos.

Asimismo, Wall (2011) afirma que mientras la lactancia puede entenderse tanto como una experiencia gratificante y emancipadora, que “confirma el poder de la mujer a controlar su propio cuerpo y desafía la hegemonía médica” (Van Esterik 1989: 70 en Wall, 2011: 54), la celebración de esta práctica puede reforzar las tendencias esencialistas en el discurso de género. Observa que en el imaginario social existen dos modelos de conceptualizarla: el modelo maternal, representado por La Leche Liga Internacional, que celebra la maternidad y la conexión encarnada entre madre e hijo, y el modelo médico, que se centra en los beneficios nutritivos de la leche. Sin embargo,

---

<sup>14</sup> Sobre todo en la modernidad, por lo que los procesos de individualización han resultado en el abandono social de la práctica del uso de las nodrizas. Véase Shaw (2003) quien refiere a un incidente en Nueva Zelanda de una mujer quien amamantó el niño de ocho meses sin el permiso de su madre en una cena empresarial; la madre denunció públicamente las acciones de la mujer acusándola de violar los derechos del niño y poner su salud en situación de riesgo (*ibid*: 67).

<sup>15</sup> Según Sharon Hays (1996), la expectativa de amamantar es parte de una gama de imperativos sociales que se imponen sobre las madres que ella describe como una ideología cultural dominante de “la maternidad intensiva.” Maternidad intensiva requiere de la madre ser el cuidador principal y participar en la crianza que es “centrada en el niño, guiada por los expertos, emocionalmente absorbente, intensiva en labor, y financieramente costosa” (Hays, 1996: 8).

<sup>16</sup> Existe un cuerpo significativo de los trabajos que conectan el amamantamiento con la idea de la sociedad del riesgo (el termino originalmente desarrollado por Ulrich Beck), entre ellos Afflerback, S. *et al.*, 2013; y Lee, 2008.

un hilo conductor de los dos modelos, según Wall (*ibid*: 604), es la invisibilidad de la madre como un sujeto con sus legítimas necesidades y deseos. Incluso cuando el énfasis está en la relación especial y encarnada que la lactancia materna permite, esto se conecta a las necesidades de los infantes manifestándose en las preocupaciones de los expertos por el vínculo psicológico entre los dos y el desarrollo neurológico del niño.<sup>17</sup>

Revisando la literatura académica mexicana, Pérez-Gil (2004) indica que aquí el tema cobró especial importancia a finales de los sesenta y en la década de los setenta pero, en general, por muchas décadas los investigadores propiciaron “lactancia obligatoria” visualizando a la mujer como un instrumento para proporcionar los nutrientes necesarios para los bebés fuera de los contextos sociales y culturales. Sin embargo, afirma la autora, estudios más recientes empiezan a considerar a las mujeres-madres como los seres sociales cuyos actos son influidos por el control monopólico de la industria lechera, la comerciogénesis, las prácticas institucionales contradictorias y los saberes médicos.

Los discursos acerca del amamantamiento se vuelven más complejos aún más debido a los cánones de belleza modernos que, por general, glorifican el pecho femenino sexual, elevado y firme. Para ciertas mujeres aceptar la posibilidad del cambio físico de su pecho durante o después de mamar es un reto insuperable. Como destaca la feminista Naomi Wolf en su célebre libro *The Beauty Myth* (1991):

*Cosmetics surgeons describe postpartum breasts ... as “atrophied” a term that healing doctors use to describe the wasted, dysfunctional muscles of paralysis. They reclassify healthy adult female flesh as “cellulite”, an invented condition, that was imported to United States by Vogue only 1973, that before that was normal female flesh (ibid: 126).*<sup>18</sup>

---

<sup>17</sup> Como destaca Pickersgill (2013: 329) el ascenso moderno de la neurociencia es evidente en los debates acerca del desarrollo y la educación de niños. Los padres anhelan que sus descendientes exceden las normas del intelecto y desempeño y, lógicamente, son consumidores potenciales de discursos que presentan los cerebros de sus bebés como objetos plásticos y como constantes biológicas determinantes de comportamiento y personalidad.

<sup>18</sup> Cirujanos cosméticos describen los senos después del parto [...] como “atrofiados”, un término que los médicos curativos utilizan para describir los músculos perdidos, disfuncionales después de una parálisis. Del mismo modo, ellos reclasifican la carne femenina adulta sana como “celulitis”, una condición inventada, que fue importada a Estados Unidos por la revista Vogue solamente en 1973, antes de esto era carne femenina normal.

## 2.5. El amamantamiento en público: enfrentando las ambigüedades sociales

En las culturas occidentales los pechos femeninos son percibidos como sexualmente estimulantes para hombres y mujeres, lo que complica en demasía el acto de amamantar en público para muchas madres (Stolzer, 2006; Anderson, 2010; Marshall *et al*, 2007). Las madres toman en cuenta estas tensiones culturales cuando enfrentan decisiones acerca de la alimentación infantil; cabe citar aquí una a entrevistada de Inglaterra del Norte urbana quien dice que “no estaba segura de amamantar o no cuando me enteré de estar embarazada... por lo que el pecho es una cosa más sexual que de nutrir, ahora, depende como la ves, y yo pensé que no, mi pecho es para mi hombre, no para mi bebé” (Marshall *et al*, 2007: 2152).

La misma actitud ambigua es evidente en la encuesta de las actitudes de 200 madres en Inglaterra hecha en los 1970's. Los autores encontraron que para algunas madres, "la idea de amamantar a un bebé era repugnante, vergonzosa y algunos consideraron a la lactancia materna como un acto primitivo"<sup>19</sup> (Bacon y Wylie, 1976: 309 en Anderson, 2010).

Lo anterior puede vincularse con el hecho de que la estigmatización de ciertos comportamientos corporales es la característica del proceso civilizatorio occidental que se originó en las cortes francesas en los siglos XVI-XVII avanzando el umbral de la vergüenza y el pudor y transformando el conjunto de los códigos sociales percibidos como apropiados, sobre todo los que están asociados con la muestra de ciertas partes del cuerpo desnudo y funciones corporales (Elias, 1989). Por consiguiente, en Francia en el siglo XVIII, el amamantamiento era declarado “ridículo”, desagradable y un acto no suficientemente noble como para una dama de rango, según memorias y correspondencias de esta época (Badinter, 1991: 75). Asimismo, en Japón después de 1945 las fuerzas ocupantes de Estados Unidos prevenían a las mujeres japonesas de

---

<sup>19</sup> Desde el campo del psicoanálisis, Cox *et al.* (2007) desarrolla la hipótesis de que la lactancia materna sirve como un recordatorio subconsciente de la naturaleza física y animal de la humanidad y la mortalidad humana y por eso se explica la ambivalencia de los actitudes al amamantamiento en las sociedades industriales y postindustriales donde la conexión humana con la naturaleza es más débil. En el núcleo de su teoría se encuentra la asignación a la cultura el papel principal en la creación de la percepción del mundo dominante como el mecanismo de defensa del miedo de mortalidad. Según Cox, las sociedades tradicionales “parecen vivir en más armonía con la naturaleza” (Cox, 2007: 120) mientras en las culturas occidentales los productos de tecnología tales como, por ejemplo, la leche de fórmula pueden facilitar la oportunidad de negar la similitud de los seres humanos a los animales, incluso eso puede ser percibido como un comportamiento más civilizado.

amamantar en público por razones similares: el acto era considerado como degenerado y mal visto (Buruma, 2013).

En México la Iglesia Católica jugó un papel importante en la transformación de los códigos de vestimenta, pues en las sociedades prehispánicas las mujeres no siempre cubrían sus pechos y los curas tenían que reforzar las ideas de desnudez como el pecado, tanto para las mujeres como para los hombres (Hausberger en Gonzalbo, 2005). Los discursos a los cuales recurrieron las órdenes católicas en la Nueva España para controlar a las mujeres indígenas en sus vidas cotidianas eran todavía más prohibitivos: la Iglesia confió en una estrategia basada en su encierro en la casa y en la enseñanza de las normas de comportamiento de acuerdo con la doctrina cristiana que significaba, entre otras cosas, la construcción de los sentimientos del pudor de sus cuerpos (Pizzigoni en Gonzalbo, 2005).

Los procesos civilizatorios dieron como resultado la estigmatización del amamantamiento en público en las sociedades modernas urbanas<sup>20</sup>. Una posibilidad de dar cuenta de ello se relaciona con las representaciones artísticas: cuando la poeta inglesa Holly McNish publicó el video de su *performance* donde narra su poema “*Embarrassed*” (“Avergonzada”<sup>21</sup>) sobre sus experiencias de esconderse para amamantar en los baños públicos el video fue viral y atrajo miles de comentarios de apoyo. En una parte del poema cuenta las contradicciones culturales de la sociedad occidental:

*...I'm getting embarrassed in case  
a small flash of flesh might offend  
And I'm not trying to parade it  
I don't want to make a show  
But when I'm told I'd be better just staying at home  
And when another friend  
I know is thrown off a bus  
And another mother told to get out of a pub*

---

<sup>20</sup> A pesar de eso, hay evidencia para pensar que los códigos sociales han sido bastante contradictorios y las actitudes actuales al amamantamiento en público son un producto histórico relativamente reciente: por ejemplo, Erving Goffman en su trabajo sobre estigmas sociales (Goffman, 1963) afirma que dar (!) un biberón en público amenaza la percepción de la mujer como la “buena mamá” y es un acto potencialmente descreditado para madres.

<sup>21</sup> McNish, Hollie (2013) *Embarrassed*. Accedido en 5 de Julio 2014. Disponible: [https://www.youtube.com/watch?v=KiS8q\\_fifa0](https://www.youtube.com/watch?v=KiS8q_fifa0)

*Even my grandma said that maybe I was sexing it up.*<sup>22</sup>.

Como una manera de enfrentar y resistir esta tensión cultural entre lo sexual y lo materno, Stearns (2013) teoriza que las mujeres hacen una división entre sus identidades, presentando al mundo lo que ella llama “el buen cuerpo materno”, que se manifiesta en actos como el cubrimiento del cuerpo con una chalina al amamantar o, incluso, la utilización de la mamila cuando hay público. Asimismo, varios estudios biomédicos del proceso de lactogénesis indican que, por los niveles elevados de prolactina<sup>23</sup>, oxitocina<sup>24</sup> y otras hormonas<sup>25</sup>, el cuerpo femenino durante la lactancia en ocasiones puede acercarse a la excitación sexual (Masters y Johnson, 1985 en Anderson,

---

<sup>22</sup> ...Me estoy avergonzada en el caso  
un pequeño destello de carne pudiera ofender  
Y yo no estoy tratando de exhibirlo  
No quiero hacer un show  
Pero cuando me han dicho que sería mejor que simplemente me quedara en casa  
Y cuando otra amiga que conozco  
Es arrojada de un autobús  
Y a otra madre le han dicho que se salga de un pub  
Incluso mi abuela me dijo que a lo mejor lo ha sexualizado demasiado.

<sup>23</sup> Prolactina estimula la secreción de la leche a través de una acción directa sobre la glándula mamaria. Según estudios recientes, el orgasmo sexual también estimula la elevación de prolactina (y la sensación de relajación física), de hecho, se encuentra el nivel doble de la hormona en las mujeres después del acto sexual (Brody y Kruger, 2006).

<sup>24</sup> Desde el punto de vista de la biología, oxitocina (del griego ὄξύς "rápido" y τόκος "nacimiento") es la hormona que, por un lado, provoca contracciones uterinas y, por otro lado, ayuda a la subida de leche materna; por estas razones su mayor producción se detecta durante la labor y el tiempo postparto. Estas dos funciones de la hormona se consideran ser principales, sin embargo, tiene sus efectos secundarios a la conducta humana que son intensamente estudiados (que las hormonas involucradas en la reproducción sexual son útiles para modificar conductas es un mecanismo evolutivo que se puede encontrar en los organismos tan primitivos como los gusanos *C. elegans*; McEwen, 2004). Por ejemplo, los niveles de oxitocina elevados mejoran la capacidad de memorizar los olores y las caras de otros y atenúa el recuerdo de los momentos negativos y dolorosos (tales como el parto; Niven y Murphy-Black, 2000).

La oxitocina está también directamente conectada con la muestra de cariño hacia a los niños. En 2010 un grupo de científicos israelíes hizo un estudio de 160 familias con recién nacidos (Gordon *et al*, 2010). Tanto las madres como los padres en el estudio mostraron la elevación de la hormona en los primeros meses después del nacimiento de su bebé: mientras las madres expresaron su cariño a través de contactos físicos tales como besos y caricias, los padres eran estimulados pasar más tiempo con sus criaturas e involucrarlo a las acciones (como, por ejemplo, ver el juguete). La conexión causa-efecto de la oxitocina es posiblemente cíclica: por un lado, el contacto físico con el niño eleva sus niveles (Bick y Dozier, 2010), por otro lado, la inyección de la oxitocina mejora la actitud hacia a los pequeños, incluso en los experimentos con doble ciego (Naber, 2010).

<sup>25</sup> La lactogénesis ocurre al inicio del embarazo e involucra la secreción de varias hormonas: entre ellas, prolactina, somatotropina coriónica, cortisol, oxitocina, insulina y hormona paratiroidea (Cadima *et al*, 2014).

2010) pero pocas mujeres reconocen que las sensaciones que experimentan pueden tener un carácter erótico o sexual.

## **2.6. ¿Relaciones afectivas a base de la naturaleza? Examinando las nociones del placer y el instinto materno**

Los estudios recientes indican que la promoción del vínculo madre-bebé constantemente aparece entre las motivaciones principales por las que las mujeres llevan a cabo el amamantamiento, junto con las cuestiones de la salud y la economía, tanto en los países de alto nivel económico tales como los EE.UU. y Reino Unido (Wall, 2001; Faircloth, 2011; Andrews y Knaak) como en las sociedades menos afluentes o más fragmentados como, por ejemplo, en Brasil (Schardosim y Cechim, 2013). Esto invita a examinar el componente emocional y afectivo ligado al amamantamiento, por lo que es evidente que para muchas mujeres amamantar a sus criaturas tiene una carga simbólica y psíquica fuerte que va más allá de la nutrición, la salud, la comodidad o la economía.

Ahora bien, a pesar de que existe un cuerpo importante de trabajos sociológicos que desarrollan la propuesta teórica de la base social de sentimientos y emociones humanos y que dan un “giro afectivo” a las ciencias sociales (Hochschild, 2003, 2012; Ahmed, 2004; Wetherell, 2015) investigar la vida afectiva es problemático. En un estudio de una red de madres en Londres que amamantaron a sus bebés por periodos extendidos (típicamente entre tres o cuatro años) se observó que las madres muchas veces explicaban sus acciones en términos de las sensaciones y sentimientos (Faircloth, 2011); hecho que hizo que la investigación fuera difícil dado que muchas mujeres simplemente decían que ellas hacen “lo natural”, “lo más correcto” y “lo que viene de corazón”, basando sus respuestas en las experiencias encarnadas que ellas mismas describieron como “demasiado asombrosas para describir”, lo que, por supuesto, representó un reto para el análisis. Con base en estos relatos, la investigación destaca tres tipos de razonamientos que guían las prácticas de estas madres: el placer generado al amamantar, el peso de la intuición y la noción del instinto. Más adelante me gustaría examinar cada uno de estos elementos.

Como indico anteriormente, son pocas las madres que hablan de las sensaciones erótico-sexuales al amamantar, más bien cuando refieren al “placer” se entiende que ellas hablan del amor materno que es la sensación más “pura” e “innata” que se siente uno dando algo de ti a tu pequeña criatura (Faircloth, 2011: 289). Shaw (2003) y Hird



(2007) desarrollan el argumento que el amamantamiento se extiende más allá del instinto de conservación y reproducción y es socialmente construido como un tipo de manifestación de relaciones del don (Mauss, 2009). En este sentido, el amamantamiento contiene elementos de “reciprocidad asimétrica”, o pura, (donde el niño es el receptor de los recursos de la madre mientras que la madre está involucrada en el acto de dar) y de intercambio moral que va más allá del proceso puramente biofísico y que hace que a fin de cuentas sea tan gratificante. Por consecuencia, las mujeres que no logran establecer la lactancia materna exitosa o incluso no desean o no disfrutan de ella a menudo experimentan los sentimientos del fracaso de ser “buena madre” y de culpa (Marrón Nielsen, 2014).

Además, como he mencionado, por el carácter de los procesos corporales involucrados en la lactogénesis e, incluso, por la sexualidad propia del pecho, el órgano sensible a estimulación, el amamantamiento tiene una carga erótica indudable. Extender la teoría psicoanalítica a la teorización de la lactancia materna (Besse, 2009) posibilita la exploración de modalidades sensuales ocultas que resurgen en el acto de amamantar. Desde esta perspectiva, Parat (2001: 20) destaca que las motivaciones de la madre que amamanta son vividas inconscientemente, es más, las mujeres reprimen cualquier componente erótico reservando su sensualidad para otro objeto. La autora sugiere que ese conflicto produce el pecho “tiernamente erótico” (*ibid*: 30) y que el destete es vivido como equivalente femenino de castración. Para esta autora, “el goce del amamantamiento es el de placeres, deseos perdidos o al menos, y más exactamente, en parte reprimidos [...] y en parte sublimados” (Parat, 2001: 15). Cita a Freud mismo (1976) quien consideraba que amamantar es una de las formas accesibles de felicidad que satisface “mociones de deseo reprimidas” y permite “las reviviscencias de pulsiones”:

*El amor de la madre por el lactante a quien ella nutre y cuida es algo que llega mucho más hondo que su posterior afección por el niño crecido. Posee la naturaleza de una relación amorosa plenamente satisfactoria, que no solo cumple todos los deseos anímicos sino todas las necesidades corporales (Freud, 1976 (1910 en Parat, 2001: 109).*

Mientras Freud y sus seguidores sugieren que el amamantamiento está impulsado por los deseos eróticos inconscientes, es más común atribuir la propensión de amamantar a

la otra parte del inconsciente – el instinto materno. Ahora bien, las nociones culturales del instinto materno y el amor innato de la madre juegan un papel muy importante en los relatos acerca del amamantamiento (Marshall, 2007; Faircloth, 2011) por lo que están conectados al entendimiento popular y científico de apego entre madre e hijo (véase Capítulo I, 1.3.). Se ha reconocido que cuestionar el amor materno es tabú en nuestra cultura occidental (Wall, 2001; Badinter, 1991). No obstante, la idea de que el amor materno no es un instinto innegociable y por lo menos en parte socialmente construido, se encuentra en los trabajos de los sociólogos clásicos. En su ensayo “La Civilización de los padres” Norbert Elias (1998) en que él hace una narrativa histórica de las prácticas de parentesco en Grecia y Roma antiguas y Europa medieval donde el abandono y el asesinato de párvulos era “la forma cruel de control de natalidad” (Elias 1998: 420) y los vínculos emocionales entre los padres y los hijos no tenían el grado de afectividad, empatía y comprensión mutua tan fuertes como parece ser el discurso en las sociedades modernas.

Badinter (1991) en su análisis histórico de las representaciones de maternidad en Francia urbana en los Siglos XVII-XVIII muestra que más que el interés y el amor por parte de sus padres muchos niños experimentaban indiferencia, severidad, alejamiento o incluso abandono moral. Estas actitudes se manifiestan en la práctica de negar a las criaturas el pecho y enviarlas a nodrizas pocas horas después del nacimiento que se extendía ampliamente “desde la burguesía hasta las clases populares, desde el consejero de la corte hasta el criado”<sup>26</sup> (*ibid*: 53) y que se difundió a otros países europeos como Alemania e Inglaterra (*ibid*: 79). Los niños se quedaban en las granjas de las nodrizas por 4-5 años de edad y los padres solían preocuparse poco por su bienestar (*ibid*: 105-110). En la infancia temprana muchos infantes se morían de enfermedades y negligencia: más de 25% no lograban ver cumplir su primer año, otros 25% no sobrevivían hasta 5 años de edad (*ibid*: 111), el hecho agravado por el desinterés en el niño por parte de los médicos. En las palabras de Buchan, un médico inglés, el niño

---

<sup>26</sup> Según un registro policiaco que cita Badinter, en 1780 en París sobre 21 000 niños que nacen anualmente, menos de 1000 son criados por sus madres, 1000 son criados por una nodriza que reside en casa, los de más son enviados a una nodriza que reside en los suburbios capitolinos o en el campo, frecuentemente en otras provincias (Galliano, 1966 en Badinter, 1991). Sin embargo, el uso de datos en el libro de Badinter atrajo críticas por su base limitada de recursos históricos (véase la reseña de P. Robinson en *New York Times* (4 octubre, 1981): <http://www.nytimes.com/1981/10/04/books/does-mom-not-care.html> [Accedido 28 mayo 2015]

contaba muy poco porque no se veía ni como irremplazable, ni como una personalidad única, ni tampoco como una riqueza:

*Los médicos no han prestado suficiente atención al modo de tratar a los niños. Por lo general han considerado que era una ocupación que concierne solo a las mujeres, y muchas veces los médicos se han negado a visitar niños enfermos (ibid: 61)*

Según Badinter, las explicaciones de estas actitudes que nos parecen tan severas se encuentran en las condiciones económicas y demográficas y sobre todo en los valores culturales de esta época: por un lado, en los hogares se priorizaron el hombre, el marido y sus ocupaciones tanto económicas como intelectuales y no el niño quien era considerado como algo estorboso<sup>27</sup>, y por otro lado, las tendencias de emancipación femenina hicieron que las mujeres de élite aspiraran a desarrollar sus potencialidades afuera de las casas, igualando a sus parejas masculinas, costumbre que se filtró a las clases menos privilegiadas. Según Badinter, es solo a partir de 1780 que los filósofos humanistas de la Ilustración cambian el discurso dominante a favor de las funciones “tradicionales” de maternidad.

Aunque las investigaciones de Elias y Badinter se enfocan más bien en la desviación de las practicas normativas de la maternidad, muestran que las ideas acerca de lo que debe ser natural para una mujer ha efectivamente cambiado: hoy en día los medios de comunicación y los discursos populares ampliamente representan el amor materno como algo innato a la mujer, preformado, puro e incluso automático<sup>28</sup>. En contraste, podemos afirmar que los sentimientos y sus representaciones, lejos de tener un carácter universal, tienen su propia historia sociocultural y, por consecuencia, varían en el tiempo y espacio.

---

<sup>27</sup> El ejemplo de la familia de Jean-Jacques Rousseau es típico de sus tiempos. Rousseau y su esposa Thérèse Levasseur tuvieron cinco hijos y todos ellos fueron entregados a orfanatos donde se murieron por el maltrato. Paradójicamente, Rousseau promovió la lactancia materna como parte de su visión pedagógica centrada en el niño, expresada en la novela *Emilio, o de la Educación* (1763).

<sup>28</sup> Las excepciones son generalmente vistas como desviaciones, como en el caso de las mujeres con la depresión posparto (Marrón Nielsen, 2014). Específicamente, una de las informantes vincula su depresión con la ausencia del amamantamiento y, por consiguiente, la presión y el rechazo de su pareja y su familia política, debido a que en su ambiente familiar amamantar era considerado “natural” y “necesario” al ser madre (ibid: 140)

## **2.7. Conclusiones**

Las elecciones conectadas con la nutrición infantil son sumamente importantes tanto para los individuos como para la sociedad: pues ambos asignan ciertos valores y significados a la forma de alimentar a los hijos, a veces inconscientemente, a veces con ciertos fines tales como pueden ser los razonamientos religiosos o políticos. En este sentido, las significaciones culturales acerca de la lactancia, el pecho femenino y la leche materna a menudo tienden a contener ciertas ambivalencias: son considerados como fuentes de vida pero, al mismo tiempo, les asignan una peligrosidad latente en tanto que pueden contaminar el bebé, si cuidados correctos no son aplicados.

Las creencias en comunidades comúnmente denominadas como “tradicionales” y los saberes populares (es decir, de las clases bajas) a menudo están en aparente tensión con los mandatos de la cultura dominante y los discursos más legítimos actuales tales como son los discursos de los médicos y los científicos, frecuentemente promovidos y difundidos a través de políticas públicas. En consecuencia, los individuos atribuyen al cuerpo femenino y la lactancia materna significados contradictorios; las posiciones normativas de género y de femineidad también reflejan estas contradicciones, pues la mujer que trata de llevar a cabo la lactancia en un lugar público siente cierto grado de ansiedad por lo que su pecho además de ser una fuente de nutrición medicamente y políticamente aprobada es también un objeto sexual cuya exhibición debe ser restringida a los espacios denominados como privados.

Se puede argumentar que los discursos dominantes acerca de la maternidad tienen sus bases sociohistóricas y por lo tanto cambian según la época. Por consecuencia, se rastrean cambios en los mitos culturales y sus representaciones en el arte, la literatura y la cultura popular y, hasta cierto grado, en las formas de expresar los afectos maternales. Además, a la discusión de la lactancia se suma el debate acerca de los fundamentos y los alcances de la tendencia de jerarquización de las relaciones entre géneros y el papel de la fecundidad femenina en su subordinación. Las mujeres son socialmente asignadas a cuidar los cuerpos de sí mismas y los cuerpos de otros (Hochschild, 2008); las fronteras entre lo biológico y lo social no son teóricamente diferenciadas. Tener estos aspectos en mente es importante para la investigación rigurosa de la lactancia y otras prácticas de la crianza o para abarcar el debate acerca de los derechos de la mujer, los niños o los individuos en general en la sociedad contemporánea.

## CAPITULO III: HORIZONTE TEÓRICO-ANALÍTICO Y METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

### 3.1. Los lentes teóricos

#### a) Consideraciones epistemológicas

Dentro de la disciplina de la sociología existen dos enfoques epistemológicos opuestos: el objetivismo y el construccionismo. El objetivismo propone que es posible estudiar la realidad social como un conjunto de entidades independientes de la consciencia humana, a menudo medibles y organizados bajo ciertas leyes mientras que el constructivismo cuestiona esta postura y afirma que los individuos construyen los significados en el proceso de la interacción con el mundo (Berger y Luckmann, 1995). Aquí, se hace hincapié en las experiencias, significados y aprendizaje y se trata de recuperar la perspectiva de los participantes en el estudio. En otras palabras:

*All knowledge, and therefore all meaningful reality as such, is contingent upon human practices, being constructed in and out of interaction between human beings and their world, and developed and transmitted within an essentially social context (Crotty, 2009: 42 en Anderson, 2010: 83).<sup>29</sup>*

Las investigaciones de las prácticas de la maternidad han utilizado ambos enfoques: por ejemplo, un estudio positivista nos puede ofrecer un panorama sobre las tendencias generales (así podemos hablar de la disminución de la lactancia materna a nivel nacional) y los índices y prevalencia del amamantamiento. Sin embargo, los estudios objetivistas no consideran las complejas interdependencias individuales y no pueden captar motivos y orientaciones psicosociales del comportamiento de los individuos (Vela Peón, 2008). Para los fines del presente estudio se adopta una postura epistemológica que se acerca al estructuralismo-constructivismo de Pierre Bourdieu (Ferrante, 2008) que permite rastrear los factores socioculturales que influyen en las prácticas de las madres y al mismo tiempo dar voz a los agentes que forman parte del objeto del estudio para acercarse a sus visiones propias del mundo.

La presente investigación utiliza el análisis discursivo como la herramienta principal para navegar e interpretar la información obtenida a través del trabajo del campo. Este

---

<sup>29</sup> Todo el conocimiento, y por lo tanto toda la realidad significativa, como tal, está condicionada a las prácticas humanas, construyéndose dentro y fuera de la interacción entre los seres humanos y su mundo, y desarrollado y transmitido en un contexto esencialmente social.

tipo de análisis tiene sus riesgos y limitaciones, pues mientras se asuma que las palabras de la persona nos ofrecen un puente a sus experiencias encarnadas, una serie de prismas distorsionan el conocimiento del otro (Yalom, 2013: 180-184). Primero, destaca Yalom, hay una barrera entre las imágenes mentales y el lenguaje: la mente piensa visualmente pero, para comunicar con el otro, debe transformar la imagen al pensamiento y luego el pensamiento al lenguaje. Esta transformación es traicionera: la riqueza de la imagen, su flexibilidad y plasticidad y sus significados y asociaciones privados se pierden cuando una imagen está disminuida a una palabra. Otra razón de no poder acceder al otro completamente es porque nosotros siempre somos selectivos en cosas que compartimos con los demás: narrando nuestras experiencias, hacemos el trabajo de redacción parecido a lo de un director de una película quien selecciona protagonistas, paisajes, luz, puntos de vista, *etc.* Una tercera barrera a la comprensión total está no en la persona que nos relata sus experiencias pero en la que las escucha, el receptor, en este caso, el investigador: él/ella trata de invertir la secuencia de la transformación imagen-pensamiento-lenguaje y llegar a la imagen original del emisor pero la probabilidad de reproducir una copia exacta es básicamente nula, así que al error de la traducción se agrega el error del sesgo. Además, el investigador procede a la entrevista cualitativa con la consciencia de que lo que van a explorar juntos forma sólo una reducida parte de las experiencias del otro, e inevitablemente algunos puntos claves pueden ser omitidos, en otras palabras:

*The unknowability of the other inheres not only in the problems I have described—the deep structures of image and language, the individuals’ intentional and unintentional decision to conceal, the observer’s scotomata – but also in the vast richness and intricacy of each individual being. While vast research programs seek to decipher electrical and biochemical activity of the brain, each person’s flow of experience is so complex that it will forever outdistance new eavesdropping technology (Yalom, 2013: 184).<sup>30</sup>*

El lapso del tiempo entre el acontecimiento y la producción del relato acerca de aquello juega un papel importante en tanto que la reflexividad del narrador toma una forma de

---

<sup>30</sup> La incapacidad inherente de conocer al otro no proviene sólo de los problemas que he descrito – las estructuras profundas de la imagen y el lenguaje, la decisión de individuos intencional y no intencional de ocultar, la escotoma del observador – sino también en gran riqueza y complejidad de cada individuo. Mientras que los grandes programas de investigación buscan descifrar la actividad eléctrica y bioquímica del cerebro, el flujo de la experiencia de cada persona es tan complejo que será para siempre dejado atrás por la nueva tecnología de espionaje.

presentismo que se manifiesta inadvertido: en la construcción narrativa *post factum* de la realidad la persona no sólo relata pero justifica, así que su relato “debe ser tomado tanto como profecía como el resumen” (Bruner, 1990: 121), por ejemplo, cuando una mujer dice que siempre ha querido tener hijos criados de cierta manera, hace que se inserte una agencia decisiva a la secuencia de sus acciones. Sin embargo, uno debe hacer conclusiones muy cautelosas sobre los alcances de esta agencia manifestada.

#### **b) El concepto de la práctica como un instrumento para los estudios cualitativos**

El objetivo del presente trabajo es capturar el valor simbólico y la lógica interior del amamantamiento sin perder de vista grandes estructuras que lo influyen; con esto en mente propongo definir la lactancia materna como un tipo de la práctica corporal y abordar el tema de la lactancia materna con un énfasis en las interpretaciones individuales de las madres. La práctica como un elemento básico de análisis puede ser definida como “el tipo de comportamiento rutinizado que consiste en varios elementos interconectados entre sí: formas de actividades corporales, formas de actividades mentales, las “cosas” y sus usos, conocimiento en la forma de entendimiento, *know-how*, estados emocionales y el conocimiento motivacional” (Reckwitz, 2002: 249). En este sentido, el análisis sociológico se centra en las rutinas interconectadas, rutinas “de mover el cuerpo, de entender y querer, de usar cosas” (*ibid*: 255).

En las ciencias sociales contemporáneas existe una corriente de las teorías (y teóricos) de las prácticas que en el mundo académico anglosajón se conoce como *practice theory*. Andreas Reckwitz, uno de los teóricos principales de *practice theory*, propone que esta corriente forma parte de las teorías culturales que se basan en modos de explicar y entender la acción de manera distinta en que lo harían las teorías económicas y sociológicas. Las teorías culturales se preocupan por “la estructura simbólica de significado” de la acción (*ibid*: 244) y se oponen a: 1) Las teorías basadas en la acción racional, orientadas hacia fines o a modelos de *rational choice*; y 2) Las teorías basadas en un reconocimiento de las normas sociales como el factor clave para determinar las acciones individuales y sociales. En contraste, las teorías culturales tratan de reconstruir las estructuras simbólicas del conocimiento colectivo, el cual permite atribuir al mundo significados compartidos y establecer qué acciones son deseables y bajo cuáles motivos.

Sugiero que este planteamiento teórico es óptimo para el análisis de las experiencias narradas situadas en los contextos histórico-culturales específicos, por lo que permite poner las rutinas, los procesos emocionales y cognitivos y los aspectos corporales en el centro del vocabulario teórico, al mismo tiempo vinculándolos con estructuras sociales más grandes tales como la clase o el campo. De hecho, dentro del campo de la antropología el uso del concepto de la práctica en relación al amamantamiento es común, por ejemplo, aparece en la obra de Penny Van Esterik (2002, 2012), una antropóloga que trabajó con el tema de la lactancia a lo largo de su carrera y quien define el acto de amamantar como una práctica, o un costumbre (en el sentido de prácticas aceptadas dentro de ciertos grupos), incrustada en las historias personales y culturales y refinada por la repetición de acciones (O'Connor y Van Esterik, 2012).

### **c) Prácticas y la clase social desde el *habitus* bourdieuano**

¿Cómo conectar, entonces, los comportamientos individuales y las experiencias vividas con lo social: los grandes procesos, los esquemas, las normas *etc.*? En otras palabras, ¿cuál es el principio organizador de las prácticas? Para abordar estos temas se hacen muy pertinentes las teorías de Pierre Bourdieu y, particularmente, su concepto del *habitus*. A lo largo de su obra Bourdieu ofrece varias definiciones del concepto, entre ellas la más ampliamente citada es la de “un sistema de disposiciones duraderas y transferibles, estructuras estructuradas predispuestas para funcionar como estructuras estructurantes” (Bourdieu 2007: 91).

Según el propio sociólogo (Bourdieu, 1987: 22), el término del *habitus* tiene sus orígenes que van hasta Aristóteles, quien captura la noción en la idea de *hexis*, la disposición adquirida para participar en ciertas acciones según la situación y las condiciones materiales; al mismo tiempo, Bourdieu fue influenciado por los trabajos de Marcel Mauss y Norbert Elias (Lizardo, 2004: 2). Originalmente Bourdieu adopta el término de la obra del historiador del arte Erwin Panofsky *Arquitectura gótica y pensamiento escolástico* (1967) donde el autor desarrolla el argumento que sostiene que las reglas estéticas de la arquitectura medieval reflejan los hábitos del pensamiento y las prácticas educativas en las instituciones escolásticas de este periodo (*ibid*: 3). Bourdieu, en su turno, profundiza el concepto para explicar las pautas de acción social que se repiten día a día y, gracias a este ajuste teórico y su utilización exitosa dentro de las obras empíricas del sociólogo francés, el concepto se introduce a la teoría social



como una herramienta analítica para explicar componentes corporales, cognitivos y mentales de la acción (Wacquant, 2013: 4). Para Bourdieu, el objetivo del sociólogo es “(...) dilucidar los esquemas perceptuales y valorativos que los agentes invierten en sus vidas todos los días” y ver “(...) de dónde vienen estos esquemas (definiciones de situación, tipificaciones, procedimientos interpretativos) y cómo se relacionan con las estructuras externas de la sociedad” (Bourdieu y Wacquant, 2005: 14)<sup>31</sup>.

Gracias al vínculo fuerte entre el *habitus* y la clase social del agente, el concepto es inseparable de la teoría que desarrolla Bourdieu de la distribución diferencial de capitales dentro de la jerarquía social (Lizardo, 2004). Influenciado por el marxismo, en su obra *La Distinción. Criterios y bases sociales del gusto* (2002) Bourdieu muestra empíricamente cómo los modos del consumo y comportamiento diferenciados, distintos en el caso de cada clase social francesa (la clase alta, burgués o la clase trabajadora), son internalizados en las rutinas diarias y las elecciones del estilo de vida tales como los modales de la mesa, las prácticas deportivas o las preferencias del consumo de alimentos o vestimenta (Bourdieu, 2002: 179-190).

Los gustos personales son vistos y estudiados como las expresiones simbólicas de la clase y, según el análisis del autor, forman los sistemas de esquemas de enclasmiento social (*ibid*, 173), cuyo objetivo final es mantener a los privilegiados en sus posiciones económicamente y simbólicamente más elevados. Bajo la existencia de condiciones más o menos homogéneas dentro de las clases, los agentes eligen estilos de vida parecidos, que suponen la construcción de ciertos signos de distinción social frente a otras clases. Esta elección por la distinción es planteada por Bourdieu como la fórmula generadora del *habitus* de la clase, a su vez, siendo el efecto del mismo:

*Estructura estructurante, que organiza las prácticas y la percepción de las prácticas, el habitus es también estructura estructurada: el principio de división en clases lógicas que organiza la percepción del mundo social es a su vez producto de la incorporación de la división de clases sociales. [...] Los estilos de vida son así*

---

<sup>31</sup> Es importante señalar que Bourdieu opone igualmente tanto al subjetivismo como al objetivismo y distingue las acciones que forman el *habitus* de las acciones puramente somáticas o racionales. Aduce que las maneras en que actúan los agentes son más “necesidad hecha virtud” que “el producto de una tendencia consciente de fines explícitamente presentados sobre la base de un conocimiento adecuado de las condiciones objetivas, ni de una determinación mecánica” (Bourdieu, 1987: 25). Y, aunque las conductas de agentes pueden ser orientadas con relación a fines específicos, Bourdieu admite, en gran medida que el proceso de la selección de modos de actuar es inconsciente (*ibid*, 22).

*productos sistemáticos de los habitus que, percibidos en sus mutuas relaciones según los esquemas del habitus, devienen sistemas de signos socialmente calificados (como “distinguidos”, “vulgares”, etc.) (ibid, 170-171).*

En la misma obra Bourdieu desarrolla el argumento sobre los agentes de vanguardia quienes cuentan con los medios para adquirir mayor capital cultural (definido como la acumulación de bienes de carácter no económico pero simbólico o social como la educación, el prestigio, la posesión del reconocimiento dentro del campo en forma de títulos o premios *etc.*) son quienes determinan lo que constituye el buen gusto en una sociedad (*ibid*, 192). Gracias a “la alquimia que transforma la distribución del capital, resultado global de fuerzas” (*ibid*, 172) y a la aceptación general de estas reglas por los agentes con menos capital cultural, surge como algo legítimo y natural la diferencia entre alta y baja cultura, las prácticas populares y de élite.

#### **d) Conocimientos encarnados: el aspecto cognitivo de prácticas**

El *habitus* supone la existencia de un “sistema de estructuras cognitivas y motivadoras” que genera y organiza las prácticas y que está socialmente adquirida y construida (*ibid*: 87). En efecto, Wacquant (2013: 4) sostiene que el aspecto cognitivo del *habitus* es uno de sus principales componentes por lo que es gracias a las categorías de la percepción que los agentes pueden interpretar el mundo y asignarle un sentido. El cuerpo toma un papel central en esta consideración de la acción humana por lo que es el medio principal de la interacción con el mundo:

*Aprendemos por el cuerpo. El orden social se inscribe en los cuerpos a través de esta confrontación permanente, más o menos dramática, pero que siempre otorga un lugar destacado a la afectividad y, más precisamente, a las transacciones afectivas con el entorno social (Bourdieu, 1999: 186).*

Como he apuntado previamente (véase, en particular, el apartado 1.3.), desde los tiempos de la Ilustración las sociedades occidentales han empezado a adoptar las visiones mecánicas-rationales tanto del mundo como del cuerpo humano. De allí surge la noción ampliamente extendida, especialmente en el contexto de la reproducción, que la única forma del conocimiento autorizado es el conocimiento racional: confiamos en las máquinas para proporcionarnos con la información correcta, por ejemplo, en el ultrasonido para ver los movimientos del feto y el electrocardiógrafo que mide el ritmo

del corazón durante la labor o, incluso, en la mamila para la fórmula que tiene las medidas para controlar exactamente cuánto toma el infante y asegurar la nutrición óptima. Otras formas de conocimiento, específicamente los conocimientos intuitivos, son vistos por la sociedad como menos válidos en los debates contemporáneos acerca de la crianza (Faircloth, 2011). Es más, en la cultura de la “maternidad intensiva” (véase p. 33) es crecientemente común que los padres sean aconsejados para no confiar en sus percepciones y en su lugar seguir las instrucciones de los expertos tales como médicos, pedagogos, trabajadores sociales, *etc* (Hays, 1996). Sin embargo, dado que las mujeres tradicionalmente son culturalmente asignadas al cuidado, son más propensas a adquirir, acumular y usar los conocimientos experienciales de sus propios cuerpos y los cuerpos de los otros, particularmente, en los temas de salud y nutrición (Lorentzen, 2008). Se plantea que con la práctica adquieren los conocimientos “intuitivos” que provienen de las experiencias encarnadas (Davis-Floyd y Davis, 1997 en Faircloth, 2011). Estos tipos de conocimientos, aunque parecen irracionales o inconscientes, representan otro tipo de procesos cognitivos, más empático e intuitivo, que complementa el proceso deductivo-racionalista basado en la lógica y la razón.

#### **e) El afecto actuado como una formación sociocultural**

Como he mencionado brevemente en el apartado 2.6., las ciencias sociales contemporáneas se caracterizan por un giro hacia la vida afectiva de los agentes; una consecuencia de este interés en las dimensiones no-verbales y no-conscientes de las experiencias humanas es que se enfocan en las sensación, la memoria, la percepción y la atención. El reconocimiento implícito es que algunas orientaciones psicosociales, aunque reales y a menudo poderosas, no siempre se manifiestan en las estructuras del lenguaje y los discursos (Blackmann y Venn, 2010). El concepto del *habitus* también fue desarrollado, profundizado y extendido por Bourdieu y sus seguidores para permitir la mejor inclusión del elemento afectivo: como discute Wacquant (2013: 4) los afectos pueden guiar a los agentes hacia la inversión de sus energías vitales, en sus acciones, en el desarrollo del apetito para los juegos sociales correspondientes y en relaciones de poder. Hay que destacar claramente que dos tipos de realidades afectivas suelen ser analizadas: las emociones básicas, estudiadas a través o con la aceptación de la perspectiva psicobiológica, y los sentimientos, entendidos como pautas emotivas más complejas, más propias de los agentes, como resultados del pensamiento evaluativo. Existe, incluso, un movimiento teórico contra la visión automática de la emoción básica,

representado particularmente por Wetherell (2015) quien mantiene que todas las respuestas afectivas están condicionadas por aprendizaje cultural y del desarrollo y es el campo que está en el flujo emergente y flexible:

*The 'order' involved in affective practice constantly configures and reconfigures, and is not strictly determined in advance. The patterns involved are often, but not always, semi-routinized. [...] Past practice sets only part of the context for present practice (ibid: 9).*<sup>32</sup>

Las orientaciones y manifestaciones de los afectos y, por consecuencia, las prácticas afectivas suelen ser influenciadas por el *habitus* de los individuos y de los grupos (Wacquant, 2013); las formas de actuar afectos emergen en cuerpos, mentes, relaciones, comunidades, generaciones y formaciones sociales (Wetherell, 2015: 9). En este sentido, las realidades afectivas no solamente están cambiando junto con el entorno social de los individuos, es más, el afecto puede ser distribuido por encima de las formaciones sociales incrementado su poder, influencia y el valor simbólico (Ahmed, 2004) o estar incrustado en ciertas prácticas culturales (por ejemplo, sentir el orgullo patriótico a dar el grito en 15 de septiembre en México), como nos recuerda Reckwitz (2002):

*These [routinized ways of] conventionalised 'mental' activities of understanding, knowing how and desiring are necessary elements and qualities of a practice in which the single individual participates, not qualities of the individual. Moreover the practice [...] is not only understandable to the agent or agents who carry it out, it is likewise understandable to potential observers (at least within the same culture) (Reckwitz, 2002: 250).*<sup>33</sup>

Según Crossley (1995: 53), el giro hacia el afecto en sociología tiene dos consecuencias importantes: primero, permite ver la agencia encarnada como una agencia afectiva e incluir el afecto como un elemento clave en las formaciones sociales junto con el

---

<sup>32</sup> El orden involucrado en las prácticas afectivas constantemente configura y reconfigura y no está estrictamente determinado por adelantado. Los patrones implicados son a menudo, pero no siempre, semi-rutinarios. [...] La práctica anterior establece sólo una parte del contexto de la práctica actual.

<sup>33</sup> Estas [formas rutinarias de] actividades 'mentales' convencionalizadas de comprender, saber y desear son elementos y cualidades necesarias de una práctica en la que el individuo participa, no cualidades de la persona. Por otra parte, la práctica [...] no sólo es comprensible para el agente o agentes que la llevan a cabo, al mismo tiempo es comprensible para los observadores potenciales (al menos dentro de la misma cultura).

lenguaje y otras formas de acciones prácticas y, segundo, abre vías para estudiarlo no como proceso interno y, por lo tanto, elusivo de la mirada crítica, sino como la forma culturalmente moldeada de estar y comportarse en el mundo.

#### **f) El género y la violencia simbólica**

El tema de la presente investigación y, particularmente, la participación casi exclusiva de las mujeres en las prácticas de la alimentación infantil tanto por razones biológicas (como en el caso del amamantamiento) como culturales, invita a examinar el concepto de género. Recuperando a Joan Scott (1996), por un lado, quien define al género como “un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos”, se sugiere que el género es primario en la construcción de las prácticas y de los *habitus* de los individuos sexuados y, por otro lado, también es visto como “una forma primaria de relaciones significantes de poder” (*ibid*: 289). El género es subjetivado, tanto en el sentido de la pertinencia del individuo a uno de los sexos opuestos como en las percepciones de las cuales los comportamientos y prácticas son “masculinos” y “femeninos”; y esta subjetividad está influida por lo social y por lo psíquico (Lamas, 2002).

Gracias a las historiadoras y antropólogas feministas, que han logrado mostrar el carácter histórico-social de la maternidad y del género, estos fenómenos ya son entendidos, por los menos en los círculos académicos, no como las expresiones de la “naturaleza” humana, en su esencia atemporal y universal, sino como un conjunto de prácticas, relaciones y significados en evolución continua y particulares en cada contexto histórico-temporal (Palomar Vereá, 2005; para el caso del amamantamiento en particular véase apartado 2.4). En otras palabras, la maternidad es una construcción simbólica, “el resultado de la actividad selectiva e interpretativa que las mujeres realizan en un contexto social determinado y no como algo inherente a la naturaleza de las mismas” (Castilla, 2005: 194-195).

Si nos enfocamos en la segunda parte de la definición de Scott (la de las relaciones de poder), podemos pensar en términos del *habitus* del género que permite la asimilación y legitimación subjetiva de la dominación masculina, tan generalizada que apenas está percibida (Palomar Vereá, 2002). Aunque la postura feminista no está profundamente desarrollada en la obra de Bourdieu, él contribuye al debate a través de la introducción del concepto de la “violencia simbólica” - la naturalización de la dominación en las

prácticas cotidianas y los esquemas mentales de los agentes con la complicidad de todos los agentes, incluso los dominados, que se ejerce por la “persuasión oculta” del orden de las cosas (Bourdieu y Wacquant, 2005: 142).

Es decir, la dominación masculina no nada más supone la sumisión y la entrega de mujeres a hombres sino también la adaptación de ciertos esquemas por parte de las propias mujeres: los esquemas cuales transmiten, por ejemplo, la idea actual del pecho femenino como un objeto sexualmente estimulante. Existen otras culturas que definen las mamas como funcionales; los expertos han conjeturado que la sexualización del pecho femenino en la cultura occidental ha tenido un efecto de disonancia cognitiva con respecto a la lactancia y ha impactado negativamente los índices de amamantamiento (Dettwyler, 1995 en Stolzer, 2006). Como explica Bourdieu (2000: 51):

*La violencia simbólica se instituye a través de la adhesión que el dominado se siente obligado a conceder al dominador (por consiguiente, a la dominación) (...) cuando los esquemas que pone en práctica para percibirse y apreciarse, o para percibir y apreciar a los dominadores (alto/bajo, masculino, femenino, blanco/negro, etc.), son el producto de las clasificaciones, de ese modo naturalizadas, de las que su ser social es el producto.*

#### **g) El *habitus* en la mirada crítica**

Bourdieu atribuye al *habitus* un tipo curioso de temporalidad: el *habitus* es al mismo tiempo el producto del pasado incorporado y el mecanismo generador de las acciones que opera desde el interior de los agentes, que permite usar las experiencias como una matriz para responder a las situaciones emergentes (Bourdieu y Wacquant, 2005: 17). Los modos de actuar, entonces, aparecen en los trabajos empíricos clásicos de Bourdieu (1988; 2004) aparentemente inclinados por la conservación y el reforzamiento constante de las capacidades desarrolladas por el agente. Bajo esta lógica, los individuos están predispuestos a buscar entornos y situaciones familiares más que novedosas, tratando de evitar lo nuevo con sus retos desconocidos, y seguir así las trayectorias repetitivas.

En ocasiones, las disposiciones se encuentran mal ajustadas frente a la transformación de una situación o condiciones en que actúa el agente, que produce el fenómeno de "histéresis de *habitus*". Por ejemplo, en su obra *El baile de los solteros* (2004), Bourdieu observa cómo los campesinos del pequeño pueblo de Bearne manifiestan una torpeza

corporal durante las fiestas locales, fracasando al impresionar a las mujeres del pueblo. Como nota Bourdieu, sus estrategias de reproducción matrimonial fallan en frente de la población femenina porque están ajustados a las condiciones caducas o abolidas, pero ellos erran en reconocer el cambio de las condiciones actuales.

Similarmente, en *Las estrategias de la reproducción social* (2012), Bourdieu observa cómo los títulos escolares otorgados por las instituciones de educación superior en Francia generan en sus poseedoras expectativas de mejores prospectos laborales aunque, en la realidad, el mercado ya está saturado con recién egresados. Analiza las tácticas de resistencia de los jóvenes, quienes atribuyen el fracaso laboral a sus propias ineficiencias, y señala que en este caso los agentes se encuentran de alguna manera engañados:

*...pues la histéresis de los habitus puede conducir a un desfase entre las expectativas y las condiciones objetivas que induce a la impaciencia ante esas condiciones (por ejemplo, es el caso de los poseedores de títulos escolares actualmente devaluados por obra de su divulgación misma, aunque hayan permanecido nominalmente idénticos: esperan las ventajas reales que en una época anterior estaban ligadas a esos títulos) (Bourdieu, 2011: 80).*

Entonces, la pregunta que surge es: ¿qué tan útil es el *habitus* para estudiar las conductas de los individuos que, evidentemente, suelen evolucionar en el tiempo y espacio? Crossley (2014) hace un punto importante enfatizando que la complejidad y el rango amplio de aplicación de los conceptos bourdieunos oculta el hecho de que son los actores y no sus disposiciones o *habitus* quienes son las fuentes de creatividad e innovación. Aunque las acciones humanas son moldeadas por sus *habitus*, no son reducibles a ellos; en fin de cuentas, “es el actor quien tiene el poder para transformar formas de acción útiles para él a un esquema habitual” (*ibid*: 108).

Varios autores (por ejemplo, Lahire, 2004; Goldthorpe, 2007) han criticado el énfasis de Bourdieu en la naturaleza reproductiva del *habitus* y en sus aspectos de habitualización y rutinización. Bernard Lahire (2004) señala que es necesario tomar en consideración la pluralidad interna del agente y la pluralidad de las lógicas de acción que surgen en las situaciones emergentes y de reconocer que la situación presente tiene el poder de desplazar el pasado. Para este autor, es preciso situar al *habitus* en la situación concreta, por lo que no toda la acción es efecto del pasado incorporado (*ibid*: 77) destacando la

necesidad de tomar en cuenta “las experiencias socializadoras anteriores, evitando ignorar o anular el rol del presente (de la situación) como si todo nuestro pasado actuara en bloque” (*ibid*: 70). Como señala aquí:

*Antes que dar por supuesta la sistemática influencia del pasado sobre el presente [...] el campo de investigación propuesto aquí plantea la cuestión de las modalidades de desencadenamiento de los esquemas de acción incorporados (producidos en el curso del conjunto de las experiencias pasadas) por los elementos o por la configuración de la situación presente, es decir la cuestión de las maneras con que una parte – y sólo una parte – de las experiencias pasadas incorporadas es movilizadas, convocadas, despertadas por la situación presente (ibid: 77).*

Bourdieu (1987) defiende su concepto ante este tipo de crítica destacando que el ser humano tiene la predisposición de aprendizaje y el *habitus* como un sistema generador tiene la capacidad para ajustarse gracias a la naturaleza mucho más flexible de aquella que generalmente asuman sus críticos: “se trata de disposiciones adquiridas por la experiencia, por lo tanto variables según los lugares y los momentos. Este “*sens du jeu*” (sentido del juego), es lo que permite engendrar una infinidad de situaciones posibles que ninguna regla, por compleja que sea, puede prevenir” (Bourdieu, 1987: 22). Similarmente, Wacquant (2013) refuta la crítica destacando que, primero, Bourdieu introdujo el concepto en su obra temprana etnográfica en Argelia precisamente para reflexionar sobre transformaciones y desplazamientos culturales allí y, segundo, el *habitus* por sí sólo no produce prácticas definitivas, por lo que se necesita un conjunto compuesto por disposición, agencia, posibilidad de condiciones objetivas y espacios sociales para producir conductas o sus manifestaciones (*ibid*: 2).

Tomando en cuenta estos puntos, a lo largo del análisis de mis datos hago el trabajo reflexivo para poder identificar si prevalecen en las prácticas del amamantamiento relatadas las disposiciones del pasado (las historias familiares, las nociones de crianza de la clase social) o de las situaciones concretas y emergentes de las mujeres (los consejos del pediatra, del ginecólogo o de las amigas, la información obtenida en los talleres, la contingencia del nacimiento, la interacción de la madre con sus hijos).

### **3.2. Diseño de investigación**



### **a) Justificación del problema**

La Organización Mundial de la Salud recomienda amamantar a sus criaturas hasta los seis meses y continuar con la lactancia por dos años aumentándose paulatinamente otros alimentos nutritivos (OMS, 1981). Estas recomendaciones son respaldadas por un cuerpo significativo de investigaciones que han comprobado de forma convincente las ventajas del amamantamiento para el desarrollo del niño y la salud de la mujer en el corto y largo plazo (Félix Valenzuela, 2011; González de Cosío *et al*, 2013; Anderson, 2010; Stolzer, 2006) y los riesgos relacionados con el uso de fórmula, entre otros el aumento del riesgo de diabetes, obesidad infantil y enfermedades respiratorias y gástricas (Jimenez-Cruz *et al.*, 2010). Se calcula que se puede evitar más de la mitad de las muertes por diarrea e infecciones agudas en América Latina si las criaturas fueran alimentadas exclusivamente con la leche materna los primeros tres meses (González de Cosío *et al*, 2015). Sin embargo, la misma OMS reconoce que a nivel global sólo el 38% de los niños reciben la lactancia exclusiva en sus primeros seis meses (*Save the Children*, 2013).

Hay ciertas indicaciones que la actitud hacia la lactancia entre las mujeres mexicanas es predominantemente favorable (por ejemplo, según un estudio de actitudes en el periodo postparto inmediato que fue realizado en un hospital especializado por Gerónimo-Carrillo, 2014), en parte debido a las campañas nacionales de promoción de la lactancia para generar la consciencia de beneficios que brinda la leche materna. Sin embargo, las encuestas nacionales señalan que la mayoría de las mujeres se enfrentan con dificultades y tensiones para poder llevar acabo el amamantamiento por el tiempo recomendado por la OMS (ENSANUT, 1999, 2006, 2012). Es más, los hallazgos de los organismos supranacionales apuntan que se observa “una crisis de la salud pública”: en 2014 la representante de UNICEF colocó a México entre los 20 países donde las mujeres practican menos la lactancia<sup>34</sup>.

Las encuestas de ENSANUT (2006, 2012) analizadas en el primer apartado de la presente tesis, nos proporcionan un panorama general del problema, el cual resalta que la situación de la lactancia materna en México no es homogénea y es diferente para estratos y condiciones sociales, de allí la necesidad de investigar los factores que

---

<sup>34</sup> Gómez, L. “México, entre los 20 países que menos practican la lactancia materna: Unicef”, La Jornada, México, 23 abr. 2014. <http://www.jornada.unam.mx/ultimas/2014/04/23/mexico-entre-los-20-paises-que-menos-practican-la-lactancia-materna-unicef-8543.html> (Consultada 14 oct. 2014)

influyen en cada grupo y cuyo conocimiento nos permita diseñar estrategias de políticas públicas más focalizadas (González, 2015). Mi investigación está basada en la observación de que dentro de la clase media existe una corriente de discursos y presión social tanto en contra como a favor de la lactancia, los últimos posiblemente ligados a la preferencia cultural a la “crianza natural” o a la difusión de la ideología de la “maternidad intensiva” (Hays, 1996) que permea este estrato social. Mi trabajo se enfoca en las mujeres que tienen la idea positiva de la lactancia, para algunas de ellas la elección de amamantar a su hijo/hija suele ser central en la formación de la identidad materna; se observa que ellas suelen participar en grupos de apoyo para lactancia, atender cursos y talleres especializados, reunirse en grupos virtuales en las redes sociales donde pueden discutir problemas y retos, pedir consejos y buscar contactos de consultoras de crianza, doctores, centros médicos *etc.*

Mientras las encuestas nacionales (ENSANUT, 2012) se han preocupado por entender los motivos de las mujeres que no alimentaron a sus infantes con la leche materna, en el curso del presente trabajo no encontré otro estudio cualitativo de las mujeres mexicanas que se haya preguntado acerca de los motivos para amamantar, y, aún más, un estudio que indague sobre los motivos y las condiciones de las madres quienes han podido amamantar en los tiempos recomendados por la OMS o que tuvieron la lactancia prolongada (o sea, por más de un año). Según los datos estadísticos, estas mujeres se encuentran en el margen de la norma y conocer los significados que ellas contribuyen a la lactancia abre la vía para explorar los alcances y límites de la agencia de los individuos (Giddens, 1979) asimismo como el éxito o el fracaso de políticas públicas y otros mecanismos de difusión de información.

Mi estudio, por su corte cualitativo, permite contribuir al conocimiento sobre la importancia de los factores económicos, socioculturales y políticos en la formación de la imagen de como “debe ser” la maternidad y de la posición de la mujer en la sociedad mexicana contemporánea. Lo que planteo aquí es tomar la propuesta de Lahire para estudiar “lo social individualizado (...) refractado en un cuerpo individual que tiene como particularidad traspasar instituciones, grupos, escenas, campos de fuerza y de luchas diferentes” (Lahire, 2012: 80) y poder llegar al mejor conocimiento de las prácticas de crianza, en general, y el amamantamiento, en particular, a través del estudio de las singularidades de los casos analizados.

## b) Objeto de estudio

Se define el objeto del presente estudio como los discursos de las experiencias vividas y “orientaciones psicosociales” (Vela Peón, 2005) de madres que residen en las zonas urbanas de México y quienes tienen/han tenido una idea positiva de la lactancia y, por consecuencia, una intención de amamantar y quienes han recientemente practicado o estaban practicando el amamantamiento en el momento de la entrevista. Mientras cierta parte de las informantes relataron sus experiencias presentes o pasadas de la lactancia prolongada, otra parte no las tuvo con su(s) hijo(s) mayor(es) pero se encontraron predispuestas a amamantar a su hijo menor por un periodo prolongado, dado que la edad de estos infantes no superó un año a la hora de la entrevista. Atención especial fue puesta a la posición social de la entrevistada y los recursos materiales, culturales y sociales a los cuales ella tenía el acceso en el embarazo, periodo posparto y durante de la crianza inicial. Todas las informantes, menos una, pertenecen a la clase media, y las implicaciones de este hecho se analizan en más profundidad en el apartado 4.8.

## c) Tabla 3.1. Marco de los objetivos, preguntas de investigación e hipótesis

Objetivos generales y específicos	Preguntas generales y específicas vinculadas al problema	Hipótesis
<b>Objetivo general:</b> Analizar los factores socioculturales (médicos, económicos, familiares y las representaciones de la maternidad y femineidad) que influyen en las historias del amamantamiento.	<b>Pregunta general:</b> ¿Cómo los factores socioculturales influyen en la práctica del amamantamiento tanto en la iniciación, la prolongación y/o la interrupción, tanto desde la perspectiva de las mujeres como de la misma investigadora?	<b>Hipótesis general:</b> Tanto los factores macrosociales (discursos médicos, políticas públicas, condiciones y prestaciones laborales, cánones de belleza) como microsociales (vínculos, discursos e historias familiares <i>etc.</i> ) influyen en la práctica del amamantamiento, y las madres pueden reconocer ciertas influencias en sus relatos.
<b>Objetivo específico:</b> Identificar los motivos principales de las mujeres para amamantar, prolongar o interrumpir el amamantamiento.	<b>Pregunta específica:</b> ¿Qué factores motivan a las madres para realizar la práctica y cómo se evolucionan en el tiempo?	<b>Hipótesis específico:</b> Las madres están motivadas por los aspectos de la salud, la nutrición y el mantenimiento del vínculo emotivo, y sus motivos principales cambian con el tiempo, junto con los cambios en la interacción madre-hijo y la percepción social de su práctica.
<b>Objetivo específico:</b> Profundizar el conocimiento de los significados que las mujeres atribuyen al acto del amamantamiento.	<b>Pregunta específica:</b> ¿Qué significados y valores están asociados con la práctica del amamantamiento?, y ¿cómo los factores externos se reflejan en ellos?	

### **3.3. Decisiones metodológicas**

#### **Selección de técnicas de investigación**

Tomando en cuenta la naturaleza cualitativa del enfoque propuesto para la presente investigación, he buscado los métodos apropiados para el estudio de los relatos de experiencias personales de las madres. Se han utilizado con frecuencia grupos focales para los mismos fines - de obtener una visión de las interpretaciones y significados que las mujeres atribuyen a sus acciones relacionados con amamantar (Diques *et al*, 2003; Stewart-Knox *et al*, 2003; Scott y Mostyn, 2003 en Anderson, 2010). Sin embargo, el uso de esta técnica puede impedir que las mujeres proporcionen detalles de su experiencia del amamantamiento, sobre todo dada la naturaleza íntima de la práctica.

Otro enfoque considerado para la recopilación de datos era la observación participante que implica que el investigador se sumerge en el ámbito de las personas que pertenecen a su objeto de estudio (Sánchez Serrano en Tarres, 2008) y de esta manera puede experimentar y observar una serie de comportamientos en varios escenarios sociales. Sin embargo, la observación participante sería poco práctica para determinar las experiencias vividas de las informantes, dado que gran parte de su tiempo lo pasan en el entorno del hogar.

Finalmente, he decidido que la herramienta metodológica principal serán entrevistas a profundidad no estructuradas con el objetivo de identificar las complejas interdependencias individuales y dar cuenta de los motivos y orientaciones psicosociales del comportamiento de los agentes (Vela Peón, 2005). Se ha definido a la entrevista como “una situación construida o creada con el fin específico de que un individuo pueda expresar, al menos en una conversación, ciertas partes esenciales sobre sus referencias pasadas y/o presentes, así como sobre sus anticipaciones e intenciones futuras (Kahn y Cannell, 1977 en Vela Peón, 2005: 66). Al mismo tiempo la entrevista cualitativa es una herramienta común para determinar el carácter social de las prácticas cotidianas por lo que permite conocer “intenciones y símbolos que están ocultos” (*ibid*: 67).

En cuanto a la forma de la entrevista he escogido mantenerla fluida y libre, enfocada en ciertos ejes temáticos clave, en lugar de una entrevista rigurosamente estructurada y con preguntas cerradas (los ejes temáticos elegidos se discuten más adelante al final del mismo apartado). Mientras que el objetivo de las entrevistas estructuradas es capturar

datos precisos de naturaleza codificable con el fin de categorizar el comportamiento dentro de las categorías preestablecidos, las entrevistas a profundidad pretenden comprender la complejidad de la acción humana sin imponer la categorización *a priori* que puede limitar el campo de investigación (Fontana y Frey en Denzin y Lincoln, 1994: 366).

Para contribuir a la mejora en el diseño de la investigación, trabajé también con una prueba piloto de cuestionario cuya finalidad fue el refinamiento de las entrevistas a profundidad y la identificación de los temas emergentes en los discursos de las mujeres acerca de la lactancia en un grupo de madres en *Facebook*. Escogí este diseño metodológico porque el uso de un cuestionario piloto es recomendado como una técnica complementaria a las entrevistas cualitativas en las etapas iniciales de la investigación para poner a prueba las teorías o hipótesis planteadas previamente y como un tipo de instrumento exploratorio que puede permitir hacer ajustes tanto teóricos como metodológicos y técnicos en los principios de la investigación (Blaxter, Hughes y Tight, 2006).

### **Análisis del cuestionario piloto**

Mi cuestionario piloto fue aplicado en el grupo de *Facebook* que se llama “*Mexico City Moms*” y que reúne más que 500 mujeres, tanto mexicanas como extranjeras. Escogí este grupo porque yo era miembro desde antes y sabía que es un grupo activo donde tenía buenas oportunidades de obtener respuestas variadas. La liga al cuestionario, que fue diseñado a través de sitio web *Survey Monkey*, fue publicada en un mensaje en el muro del grupo en 28 octubre 2014 y en un periodo de dos semanas (hasta el cierre del cuestionario) obtuve 64 respuestas en total.

El objetivo que asigné al cuestionario fue identificar temas emergentes acerca del amamantamiento que suelen surgir en los discursos de las mujeres de la clase media e, incluso, en algunos casos, posiblemente en el perfil socioeconómico más privilegiado del promedio; además yo estaba interesada de leer las perspectivas de madres de otras nacionalidades quienes, pensé, pueden tener posibilidad de comparación entre las actitudes culturales en México y en sus países de origen. Con esto en mente, apliqué diez preguntas: tres de ellas cerradas y dirigidas a identificar la edad, posición laboral y estado civil de las mujeres, mientras otras seis abiertas y dirigidas a estudiar específicamente la práctica de la lactancia.

De esta exploración se reconoce que 64%, o 41 de las 64 de las mujeres en la muestra, tenían entre 30 y 39 años de edad; otras 13 tenían entre 20 y 29 y las 10 restantes entre 40 y 49. La mayoría de ellas estaban casadas y con un empleo o de medio tiempo o bien de tiempo completo aunque un cuarta parte se identificó como desempleadas. La mayoría (58%, o 36) tenían un hijo/una hija, 19 mujeres tenían dos hijos/hijas, 7 mujeres tenían tres y una cuatro, mientras que los edades de sus hijos variaban entre 6 meses y 21 años.

**Tabla 3.3. Contenido del cuestionario piloto**

**Preguntas de cuestionario piloto, aplicado en línea de 28 octubre a 9 noviembre 2014 a través de *Survey Monkey***

1. ¿Cuál es su categoría de edad?

(Opciones: menos que 20 años, 20-29, 30-39, 40 o más)

2. ¿Cuál es su estado civil actual?

(Opciones: casada, soltera, en unión libre, divorciada, viuda)

3. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral actual?

(trabajo tiempo completo, trabajo medio tiempo, auto-empleo, desempleada)

4. ¿Cuántos hijos tiene? ¿De qué edad?

5. Duración de la lactancia materna exclusiva (sin fórmula u otros alimentos) de cada hijo

6. Duración de la lactancia materna total con cada hijo

7. ¿Cuáles fueron sus motivaciones para amamantar?

8. ¿Cómo describirá su experiencia de la lactancia?

9. ¿De dónde recibió el apoyo para la lactancia?

10. Si ha terminado la lactancia materna, ¿por qué decidió hacerlo?

Aunque la pregunta de la encuesta explicó brevemente que se considera la lactancia como práctica exclusiva, muchas mujeres no hicieron la distinción entre la quinta (*Duración de la lactancia materna exclusiva (sin fórmula u otros alimentos) de cada hijo*) y la sexta pregunta (*Duración de la lactancia materna total con cada hijo*) especificando nada más la duración de la última. Debido a esto no se puede averiguar

qué tanto las mujeres dentro de la muestra estaban comprometidas a la lactancia exclusiva en los primeros seis meses, como lo recomienda la OMS. Con respecto a la duración de la lactancia materna en general se observó una gran variedad de respuestas: mientras 10 mujeres amamantaron sus hijos por seis meses o menos, las otras lo hicieron por más tiempo, en algunos casos más allá de dos años de edad del niño. 28 mujeres estaban amamantando actualmente, incluso una ya llevaba “3 años 3 meses y contando”.

Con el método de análisis temático (Braun y Clarke, 2006) agrupé las respuestas e identifiqué entre los motivos principales para amamantar los siguientes (en el orden de la frecuencia de que tan frecuente fueron mencionados): los beneficios de la leche materna para la salud del bebé y la mujer, el establecimiento del vínculo emocional entre la madre y el hijo, la practicidad del amamantamiento, los beneficios económicos y el suministro del mejor nutrición para el niño. Muchas mujeres simplemente respondieron que la lactancia para ellas significaba una elección “natural” y una “mejor” opción para los dos y la mayoría describieron su experiencia como algo predominantemente positivo.

Sin embargo, varias mencionaron los obstáculos que se encontraron al principio para establecerla, entre ellos: dolor, la falta de leche, el reto del establecimiento de los horarios para amamantar, cansancio, la falta del apoyo, agrietamiento y otros problemas físicos. Algunas también comentaron acerca de las dificultades para seguir amamantando a los niños más grandes (presión social por parte de los familiares, los médicos y los desconocidos en lugares públicos o debido a la situación laboral) o las dificultades para llevar a cabo el destete. Por consiguiente, hubo mujeres quienes decían que su experiencia con el amamantamiento fue algo “traumático”, “feo”, “doloroso”, algo que “toma tu libertad” e, incluso, “una de las cosas más difíciles que he hecho”.

Al respecto al apoyo recibido, más que la mitad de las mujeres reconoció el papel del hospital donde dio luz, de la pediatra o de la consultora de la lactancia dentro de la institución médica o contratada de una manera privada (que no siempre fue especificado). Muchos mencionaron el apoyo de la familia (la pareja, la suegra, la madre *etc.*), de las amigas y otras mamás y de las organizaciones voluntarias dedicadas a la promoción de la lactancia como la LLLI y el Centro Nantli<sup>35</sup>. Adicionalmente, las

---

<sup>35</sup> Centro privado de la promoción del parto humanizado y crianza natural que se ubica en la colonia Roma Sur. Fuente: <http://www.centronantli.com/> [Consultada 15 octubre 2015]

mujeres usaron las fuentes como el internet, los libros y los folletos informativos para obtener la información acerca de la lactancia.

Dentro de las razones para el destete las mujeres quienes ya terminaron con el amamantamiento identificaron principalmente la necesidad de regresar al trabajo y las razones médicas (toma de medicamento o los contraceptivos), junto con la pérdida gradual de la leche materna, el embarazo nuevo o porque la criatura ya no quería tomar la leche materna (autodestete). Entre las razones se encuentran también “querer poder alejarme del bebé para hacer tareas”, “ya me cansé”, “problema de acné con mi piel”, porque “quería mi cuerpo para mí de nuevo”, “quería mi libertad”, “sentía pena por lo grande que estaba seguirle dando, me sentí un poco juzgada”, y “es más práctico dar fórmula”.

En resumidas cuentas, puedo decir que con la ayuda de este estudio exploratorio encontré algunos datos significativos que me permitieron a refinar las preguntas de investigación y la metodología del trabajo de campo en la siguiente etapa de la investigación. Específicamente, el interés en el tema por parte de las mujeres apuntó a la existencia de tensiones asociadas con la práctica incluso dentro de este perfil privilegiado que cuenta con el acceso elevado a la información y los recursos de apoyo. Además, el análisis de las respuestas me permitió dar cuenta de la complejidad no sólo del inicio del amamantamiento pero también del destete, que no habría considerado al principio, y de la relación cambiante con su propio cuerpo que experimenta mujer en el embarazo y luego en la lactancia. Los hallazgos del presente trabajo, entonces, se basan tanto en los datos del cuestionario piloto como en los de las entrevistas a profundidad que presento en los siguientes apartados.

### **Selección de informantes**

Para profundizar el conocimiento sobre la práctica de la lactancia materna en México, he incluido en el estudio a las mujeres con experiencias de la lactancia recientes pero variadas (véase tabla 3.2.); las entrevistas generalmente se enfocaron tanto en la inicialización, la prolongación y/o la interrupción de la práctica, en caso cuando ya haya terminado. La diversidad de las experiencias era importante para el análisis de los factores que, según las interpretaciones de las entrevistadas, pueden permitir u obstaculizar la práctica de la lactancia materna.



**Tabla 3.2. Criterios de selección**

<b>Criterios de la selección de informantes para las entrevistas a profundidad:</b>	
1.	Una actitud positiva hacia la lactancia y la predisposición al amamantamiento, especialmente el amamantamiento prolongado (más allá de dos años)
2.	Experiencia vivida de la lactancia actual y/o relativamente reciente
3.	Clase social: media (con excepción de una informante)
4.	Residencia en la zona urbana de México

Restringir el origen social de informantes principalmente a la clase media permitió analizar la influencia de un conjunto de factores externos tales como el acceso a los recursos culturales y sociales, las condiciones laborales, entre otras cosas. Según los estudios en países desarrollados de Occidente (específicamente, Francia, Canadá e Inglaterra), la pertenencia a cierta clase puede impactar la práctica de la lactancia: estadísticamente se registran más oportunidades de amamantar por un periodo largo si la mujer tiene bajos recursos o, *viceversa*, si tiene la oportunidad de no regresar al trabajo (Bonet, 2013), o su estatus socioeconómico es elevado (Belanoff, 2012).

### **Reclutamiento de informantes**

Para las entrevistas a profundidad conseguí entrevistas de nueve mujeres en total (tabla 3.4 en p. 67): los contactos de cinco informantes fueron obtenidos a través de grupos pro lactancia en Facebook donde publiqué una convocatoria para participar en mi estudio, en tres casos siguiendo el método de referencia, o bola de nieve (una mujer quien amamanta pero no mostró interés para participar me refirió a su conocida, luego esta informante me refirió a otra informante) y en un caso a través de mis contactos personales. Cuatro mujeres fueron entrevistadas a través de Skype, una por teléfono y otros cuatro presencialmente en su hogar, su lugar de trabajo o en una cafetería.

### **Características de informantes**

En la muestra de la presente investigación se observa un rasgo notable: la edad promedio de las informantes es de 38 años (las edades de las madres entrevistadas se encuentran entre 30 y 47 años). Antes de continuar con la discusión de otros datos, quiero detenerme en este dato particular que me parece muy significativo. Primero, es necesario destacar que a lo largo de mi trabajo el rango de la edad no era un criterio de

selección predefinido y el hecho de que la investigación se enfoca en el estudio de las mujeres que han tenido su hijo/a primogénito/a en una edad mucho más elevada que promedio<sup>36</sup> en México fue sorprendente para mí a la hora del análisis. Segundo, a pesar que este rasgo no fue planteado y planeado, la característica llamativa de la muestra (que además se encuentra tanto en las informantes que he entrevistado como en las del cuestionario piloto) no es completamente accidental: el vínculo entre la edad elevada y la inclinación para amamantar a sus hijos, aunque discutible, se observa también en algunos estudios en los países del Occidente (Adair *et al*, 1993; Anderson, 2010; Bonet, 2013). Para interpretar este dato, me gustaría recorrer a la observación de una informante (quien no figura en la muestra)<sup>37</sup> quien destacó que cuanto más edad se tiene, uno adquiere más conciencia sobre su salud, su cuerpo y de las elecciones que influyen a aquellos y, por consecuencia, es más propenso a hacer esfuerzos para amamantar a sus hijos por más tiempo, a pesar de los obstáculos. En el siguiente apartado de la discusión de datos vuelvo a discutir este punto más a profundidad.

La mayoría de las informantes entrevistadas se encuentran viviendo en la capital del país (debido a que yo traté de hacer entrevistas presencialmente pero, a final de cuentas, no rechacé la oportunidad de entrevistar a personas de otros estados), todas son casadas y tienen hijos (entre uno y cinco). La mayoría son profesionistas; todas, menos una (Nicole), son mexicanas; todas, menos una (Amanda, previamente receptora de la programa “Oportunidades”, con estudios a nivel de preparatoria) tienen estudios al nivel licenciatura o maestría y, en términos generales, pertenecen a la clase media.

---

<sup>36</sup> Según los datos de la Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica aplicada por INEGI en 2009, en el trienio de 2011 a 2013, el grupo de mujeres de 20 a 24 años es el que presenta el nivel más alto de la tasa de fecundidad, así que la edad media al momento de tener el primer hijo para las mexicanas se calcula ser de 21.2 años.

<sup>37</sup> Aunque mi muestra incluye nueve informantes, a lo largo de la investigación he entrevistado más personas quienes, por varias razones, no han cumplido con los criterios de la selección. En este caso, utilicé la pista obtenida de una de ellas porque lo considero pertinente.

**Tabla 3.3. Esquema de clases sociales según INEGI (Solis y Benza, 2013)**

<b>"Macro-clase"</b>	<b>Clase</b>	<b>Descripción</b>
Clases medias y superiores	I. Altos directivos y profesionales	Altos directivos y gerentes, profesionales, empleadores con 10+ empleados
	II. Técnicos superiores y directivos intermedios	Supervisores de área, gerentes intermedios, maestros de nivel básico y medio , técnicos con estudios especializados
	IIIa. Oficinistas	Secretarias, archivistas, otros trabajadores de rutina
	IIIb. Dependientes de comercio	Empleados de comercio
	IVa. Pequeños empleadores	Pequeños propietarios de negocios o empresas (con menos de 10 trabajadores)
Clases trabajadoras	IVb. Independientes sin empleados	Comerciantes por cuenta propia. Trabajadores en oficios o semi-calificados (i.e. mecánicos, electricistas, costureras) por cuenta propia.
	V+VI. Asalariados manuales calificados y semicalificados	Capataces industriales, operarios de maquinaria, conductores
	VIIa. Trabajadores manuales de baja calificación	Asalariados y trabajadores no calificados (trabajadores de limpieza, jardineros, vendedores ambulantes, ayudantes en la industria, trabajadores no calificados en la construcción).
Clases agrícolas	VIIb. Asalariados agrícolas	Jornaleros agrícolas
	IVc. Pequeños propietarios agrícolas	Campesinos, dueños de tierra con menos de 10 trabajadores

En cuanto al último dato, es importante destacar que he usado la clasificación de las clases sociales que utiliza INEGI (Solis y Benza, 2013 basándose en Erikson y Goldthorpe, 1992; tabla 3.3.), a pesar de que estoy consciente que su adaptación de los criterios socioeconómicos de los países más desarrollados a la situación en México fue ampliamente cuestionada y criticada. Sin embargo, adopté este esquema para los fines de mi análisis debido a su fácil manera de aplicación y uso empírico y el hecho que mi investigación se inclina más hacia la definición de clase cualitativa (en términos del acceso a los recursos y la selección de estilos de vida) que cuantitativa (la mediación de niveles de los ingresos y posesión de los bienes de participantes), y que el debate acerca de la definición de los rasgos de las clases sociales en México no forma el centro de la escritura y la reflexión del presente trabajo.

**Tabla 3.4. Características sociodemográficas principales de las informantes al momento de la entrevista**

<b>Informantes<sup>38</sup></b>	<b>Edad</b>	<b>Domicilio</b>	<b>Escolaridad</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Nacionalidad</b>	<b>Situación laboral</b>	<b>Hijos y sus edades</b>
Samanta	30	DF	licenciatura	casada	mexicana	autoempleo; negocio familiar	Dos: 2 años 11 meses (I), 11 meses (II)
Nicole	42	DF	maestría	casada	extranjera	sin empleo actual	Dos: 5 años (I), 12 años (II)
Amanda	41	Zacatecas, Zacatecas	preparatoria con carrera técnica	casada	mexicana	sin empleo actual	Cinco: 15 años (I), 12 años (II), 6 años (III), 3 años (IV) y 10 meses (V)
Paulina	37	DF	licenciatura	casada	mexicana	autoempleo; trabaja desde casa	Uno: 4 años
Norma	35	DF	licenciatura	casada	mexicana	sin empleo actual	Dos: 3 años 7 meses (I), 7 meses (II)
Jessica	36	Xonacatlán, Estado de México	licenciatura	casada	mexicana	autoempleo; negocio familiar	Dos: 6 años (I), 4 meses (II)
Tamara	39	La Piedad, Michoacán	licenciatura	casada	mexicana	autoempleo; trabaja desde casa	Tres: 9 años (I), 4 años (II), 10 meses (III)
Armida	35	DF	licenciatura	casada	mexicana	sin empleo actual	Dos: 4 años 1 mes (I), 1 año 1 mes (II)
Alhelí	47	DF	licenciatura	casada	mexicana	empleo tiempo completo	Uno: 5 años

<sup>38</sup> Nombres de las participantes han sido cambiados.

En este sentido, la pertenencia a la clase media se determina a través de un conjunto de los indicadores tanto económicos como socioculturales de la muestra, entre ellos se destacan:

- a) el nivel de los estudios más elevado,
- b) el hecho de tener su empresa familiar,  
o,
- c) la oportunidad de elegir de salir del empleo remunerado por el periodo más allá de la incapacidad formal  
o,
- d) la oportunidad de generar ingreso desde la casa debido a las capacidades desarrolladas previamente del nacimiento de los hijos,
- e) el acceso a ciertos recursos (por ejemplo, a los servicios de los médicos privados, del hospital privado y de los consultores de lactancia) y la información (cursos prenatales privados, contactos de personal médico, libros, redes sociales).

Con base en estos datos, se puede concluir que ocho de nueve participantes efectivamente pertenecen al estrato social que se puede definir como la clase media, mientras que una se encuentra en el estrato social más bajo (clase trabajadora).

### **Diseño y análisis temático de las entrevistas**

En la fase preliminar al trabajo de campo se desarrolló un guión esquemático para la ejecución de las entrevistas que fue organizado alrededor de once ejes temáticos y cuya finalidad fue ayudar a capturar los datos necesarios para poder responder a las preguntas de investigación previamente planteadas. Los ejes temáticos desarrollados en este guión fueron los siguientes (tabla 3.5. en la siguiente página):

**Tabla 3.5. Ejes temáticos tentativos**

1. Predisposición a la lactancia materna antes de dar luz y las formas de preparación para la maternidad (específicamente, selección de tipos de fuentes de información acerca del amamantamiento y otras prácticas de maternidad);
2. Fuentes y tipos de apoyo (tanto práctico como moral) en el círculo inmediato cercano y lejano
3. Fuentes y tipos de presión social para modificar, limitar y/o abandonar el amamantamiento;
4. El amamantamiento en público: sus experiencias y reflexiones;
5. Experiencias con el sistema médico público/privado y otros proveedores de servicios que tienden a la práctica de lactancia materna (por ejemplo, consultoras privadas);
6. Emociones y afectos que la practicante asocia con su práctica;
7. Relación con su propio cuerpo: cambios y continuidades;
8. Dinámica de la práctica (cómo la lleva a cabo generalmente, sujetos participantes, y, en el caso del administro de la fórmula, indagación de las razones por las que lo ha hecho, entre otras cosas);
9. Objetos materiales y sus usos en la práctica;
10. Organización del cuidado de sus hijos;
11. Experiencias de la ejecución, la contemplación y/o la preparación del destete de cada hijo (si relevante).

En cuanto al procedimiento de las entrevistas, a la hora de interacción entre la investigadora y las informantes los relatos generalmente solían tener una estructura fluida y no forzada así que la tarea fue verificar que fuera proporcionada la información

acerca de todos temas previstos, y si no fue el caso, la investigadora hacia las preguntas adicionales. A la hora del análisis de los datos, los once temas planteados en el guion fueron agotados a los cinco ejes centrales que se presentan a continuación:

**Tabla 3.6. Ejes temáticos de análisis de datos**

1. Experiencias de amamantamiento de las entrevistadas y factores que han motivado la práctica en sus diversas etapas (el tema que se relaciona con los demás ejes de análisis a lo largo de la discusión de los datos);
2. Preparación para la maternidad y las actividades asociadas con este nuevo papel, el amamantamiento incluido. Retos iniciales con la lactancia y sus soluciones.
3. La evidencia de las presiones sociales y resistencia en los relatos obtenidos;
4. El cuerpo y la práctica: el amamantamiento analizado como una experiencia encarnada.;
5. La interacción madre-hijo relacionada principalmente con el tema del destete del infante.

Estos ejes temáticos forman la columna vertebral del análisis de datos que se presenta en detalle en el siguiente capítulo de este trabajo.

## **CAPUTULO IV. HISTORIAS DE AMAMANTAMIENTO EN RELATOS DE MADRES: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE DATOS**

### **4.1. Historias de amamantamiento: vista panorámica de los datos**

Como he descrito en el apartado 3.2. (d), mi muestra de informantes consiste en nueve mujeres con edades de entre 30 y 47 años, casadas, principalmente profesionistas, con estudios superiores y de clase media. Cinco de las informantes tienen dos hijos, dos tienen un hijo/una hija, una tiene tres y una cinco hijos (de ambos sexos); las edades de los hijos varían entre 4 meses y 15 años al momento de la entrevista, mientras que las edades de los infantes que estaban amamantados varían entre 4 meses y 4 años y 1 mes; dos de las entrevistadas hablaron de las experiencias pasadas donde el destete ocurrió hace un año, en un caso, y un año y medio, en otro (véase la tabla 4.1. en pp. 73-74). Tres mujeres han practicado tándem (amamantar más de un hijo al mismo tiempo) aunque una ya había destetado el segundo hijo antes de la entrevista. Una mujer estaba donando su leche materna al hospital federal de la mujer en su localidad.

No es relevante calcular la duración promedio de la lactancia materna para la muestra debido a que, en muchos casos, la conversación se trató de bebés y que muchas informantes seguían amamantando; se puede decir que seis de las madres hablaron de su experiencia de lactancia prolongada (más allá de un año) con por lo menos uno de sus hijos, ya sea hijo único o el segundo hijo. También se observa que la duración de la lactancia fue creciendo con cada siguiente hijo (en casos de lactancia ya concluida).

Todas necesitaban apoyo con la inicialización y el establecimiento de la lactancia (el tema que examino en el siguiente apartado 4.2.). Prácticamente todas han dado fórmula a sus bebés en algún momento de su vida, incluso dentro de los primeros seis meses (o esta fue administrada por el personal médico en el hospital en el periodo postparto inmediato, lo que sigue siendo muy común); sólo tres informantes reportaron lograr la lactancia completamente exclusiva dentro del primer medio año de sus bebés. Las madres administraron fórmula al recién nacido por la recomendación del pediatra, debido a la enfermedad o por la ansiedad de que el bebé no quedaba satisfecho (falta de confianza en su producción láctea). Si se trata de los infantes en edades más avanzadas la fórmula fue administrada a causa del inicio de actividades laborales fuera del hogar y/o del inicio de la estancia de los bebés en la guardería.



Los motivos para amamantar reportados se acercan mucho a los de las informantes del cuestionario (descritos en apartado 3.2. (d)) y permiten rastrear los discursos que están permeando a las madres de esta posición social en México: las entrevistadas destacan sobre todo los beneficios para la salud y nutrición del infante (particularmente, si su edad está debajo de un año) y de la madre y para su desarrollo neurológico; el fortalecimiento del apego como la finalidad principal también aparece en las reflexiones de todas las madres. En este sentido se puede observar que los discursos médico-científicos, o natural-mecánicos, y los discursos integral-afectivos (descritos en apartado 1.3.) van mano a mano en su visión de la práctica. Más allá de estos discursos generales, las madres enfatizaron razones más personales para amamantar (las que examino más en el apartado 4.3): la importancia de la convivencia y acercamiento emocional con sus hijos, la oportunidad de tener “el momento de paz”, “el momento para las dos”, el gusto para amamantar, la comodidad y facilidad de amamantamiento y el ahorro económico. El hecho de que algunas madres ya no planean tener más hijos también figuraba como la razón para dar ahora “lo mejor” para “mi último bebé” y estar “más cerca” con él/ella. Dos madres también hablaron del amamantamiento como una etapa fisiológica-temporal de la maternidad: una lo definió como parte de la “misión biológica cómo mamá” y otra como “una parte de inicio, de apertura para cerrar ese ciclo de bienvenida a la maternidad”.

En cuanto a la terminación del amamantamiento de su último o único hijo todas las madres esperaron, buscaron o ya lograron el autodesstete (abarco el tema del destete y la interacción madre-hijo en el apartado 4.4); si se trató de los hijos más grandes, entre las razones para destetar abruptamente a su bebé destacaron la presión social por parte de los médicos o familiares, el rechazo de la leche materna en la guardería, la prescripción de medicamentos no compatibles con la lactancia, problemas graves con salud y dolores (mastitis de los senos), cansancio y demandas del cuidado de otros hijos (en el caso de las mujeres con más de dos hijos).

**Tabla 4.1. Experiencias reportadas acerca de la lactancia materna**

<b>Informantes</b>	<b>Hijos y sus edades</b>	<b>Administro de fórmula en los primeros seis meses</b>	<b>Duración total de la lactancia materna</b>	<b>Practic a tándem</b>	<b>Dona la leche propia</b>	<b>Motivos para lactar</b>	<b>Motivos para dar fórmula</b>	<b>Motivos para destetar</b>
Samanta	Dos: 2 años 11 meses (I), 11 meses (II)	I: no II: no	I: 2 años 11 meses h/m II: 11 meses h/m	Sí, h/m	No	Salud; nutrición; desarrollo neurológico; vínculo afectivo	I: comienzo de estancia en la guardería, en la edad de 10 meses II: n/r	N/a
Nicole	Dos: 5 años (I), 12 años (II)	I: En 2 semanas después de nacer, luego lactancia exclusiva hasta 5 meses II: n/r	I: 7 meses II: 3 años	No	No	Salud, opción “natural”, facilidad	I: problemas con salud de la madre II: estancia en el hogar de familiares	I: problemas con salud de la madre II: autodestete
Amanda	Cinco: 15 años (I), 12 años (II), 6 años (III), 3 años (IV) y 10 meses (V)	I: n/r II: administro de fórmula al nacer en el hospital III: n/r IV: sí por dos primeras semanas, luego lactancia exclusiva V: n/r	I y II: 6 meses III: 8 meses IV: 9 meses V: 10 meses h/m	No	Sí	Comodidad, “tengo mucha leche”, consciencia de los beneficios para la salud, el gusto para amamantar, ahorro económico	I, II, III, IV: “ignorancia”, recomendación del pediatra V: n/a	I, II, III, IV: Presión social, demandas del cuidado de hermanos V: n/a
Paulina	Uno: 4 años	Sí, en ocasiones durante los primeros 3 meses, luego lactancia exclusiva	4 años h/m	N/a	No	Salud, nutrición, vínculo afectivo	Falta de confianza (incapacidad de medir producción)	N/a

Norma	Dos: 3 años 7 meses (I), 7 meses (II)	I: sí, después con el comienzo de la actividad laboral II: n/r	I: 1 año 1 mes II: 7 meses h/m	No	No	“Acercamiento emotivo” con el “último bebé”, salud	I: situación laboral	I: presión social II: n/a
Jéssica	Dos: 6 años (I), 4 meses (II)	I: n/r II: n/r	I: 1 año II: 4 meses h/m	No	No	Salud, satisfacción personal, parte del “ciclo de maternidad”	N/a	I: autodesiste II: n/a
Tamara	Tres: 9 años (I), 4 años (II), 10 meses (III)	I: lactancia mixta desde el nacimiento II: n/r III: n/r	I: 7 meses II: 3 años, 6 meses III: 6 meses h/m	Sí, con II y III por 4 meses	No	Nutrición, salud, apego	I: administración en el hospital al nacer	I: situación laboral, guardaría no aceptaba leche materna II: cansancio de llevar a cabo tándem III: n/a
Armida	Dos: 4 años 1 mes (I), 1 año 1 mes (II)	I: administro de fórmula al nacer, luego 6 meses lactancia exclusiva II: 6 meses lactancia exclusiva	I: 4 años 1 mes h/m II: 1 año 1 mes h/m	Sí, h/m	No	Salud, vínculo, convivencia	I: administración en el hospital al nacer	I: n/a II: n/a
Alhelí	Uno: 5 años	Mixta al nacer hasta 10 días, luego lactancia exclusiva	4 años 6 meses	N/a	No	Salud para las dos, desarrollo neurológico de la hija, apego	Recomendación del pediatra	Autodesiste
I, II, III... - hijos en el orden del nacimiento; tándem – amamantar más que un hijo; n/a – no aplicable; n/r – no reportado; h/m – hasta el momento de la entrevista								

#### 4.2. La nueva modalidad corporal: preparación y retos iniciales

En cuanto a la preparación previa al nacimiento del bebé, no es de extrañar que entre la población que representa la muestra una práctica común es tomar un curso prenatal para aprender sobre los temas del embarazo, la lactancia y los primeros cuidados infantiles; en México como en otros países, la especialización de la crianza ha hecho que muchas mujeres de ingresos altos se distancien del conocimiento de las madres y las abuelas y busquen explicaciones y consejos entre “especialistas” (Hays, 1996; Sánchez Bringas, 2003) tales como los consultores privados, por ejemplo. En este sentido, la información que las informantes recibieron en estos cursos (específicamente, sobre los beneficios de la lactancia exclusiva) fue crucial en términos de su predisposición al amamantamiento en el inicio:

*Cuando me enteré que estaba embarazada del primero yo sabía que existían [los cursos prenatales], no sabía exactamente que te enseñaban pero desde allí yo quería tomar uno. Para mí la maternidad es una etapa y todas las etapas las que viví yo no quería que nada más pasan así... yo quería saber más. (Samanta)*

*Durante el embarazo... como que siempre estuve buscando la información, sobre todo durante el embarazo, de qué comer, y esas cosas pero la verdad no tenía la más remota idea de lo que es cuidar a un niño. Entonces, busqué un grupo como de psicoprofilaxis y pensé que de algo me debe servir. [...] Yo, la verdad, en lo personal cuando pensé en amamantar, pensé: “¡Qué asco!” Decía: “Eso es como de animales”. Y eso que en mi familia vi la lactancia: somos nueve, es una familia muy-muy grande y yo sí vi a mi mamá amamantando a mi hermano más chico. [...] Entonces, a pesar de que era algo que sí yo hubiera visto aun así decía: “Ay, no, pero debe ser horrible, qué feo”. Obviamente, después de leer y todo, yo decía: “Claro que lo tengo que amamantar si es lo mejor, si he leído que es lo mejor para ellos. Sí le voy a dar pero hasta los seis meses”. (Armida)*

Las mujeres también apuntan que la formación que recibieron en estos cursos a menudo contradecía a las experiencias vividas de sus madres y familiares o de su clase social, que les llevó a cierto “choque cultural”:

*Mi mamá amamantó a todos sus hijos, a mí y a mis hermanos. Y mis hermanas también amamantaron pero, sí, eran otros tiempos. Ellas siempre daban agua y*

*tés para los cólicos y no sé qué. Y mi mamá nos destetó en promedio de 6 meses al año. O sea, amamantar al año era mucho para ella. Ella creía que la leche ya no tenía ninguna propiedad, mis dos hermanas también daban como 6 meses el pecho y lo combinaban con tés. Entonces, no se les hizo raro, ni a mí se me hizo raro amamantar, es algo que se hace al tener el bebé pero hubo muchos cambios de pensamiento cuando yo no quería dar tés, no permitía que le dieran agua, no he destetado a ninguno de los dos. Allá fue como un choque cultural. (Samanta)*

*En México se utiliza mucho... pues, se habla de los biberones, se habla de las cesáreas, se habla del parto en hospital, en el medio donde vivimos nosotros, la clase media. La clase trabajadora no. [...] Tomamos un curso de preparación para el parto pero muy alternativo. Empezamos a conocer el mundo de la crianza natural, el mundo del parto humanizado, el mundo de la lactancia y las ventajas de la lactancia. Y eso fue lo que me empezó a abrir los ojos y a generar más inquietud por conocer del tema. (Paulina)*

Si no era por medio de un curso, las mujeres buscaron la información en internet, sobre todo en las redes sociales y páginas de la Liga de la Leche, o en libros sobre la “crianza con apego” como los de Carlos González<sup>39</sup>. El papel de las redes virtuales era mayor para las que viven en las entidades fuera del Distrito Federal:

*Yo empecé a estar más informada, saber que la leche les seguía nutriendo. [...] Y aparte lo empecé a ver más normal porque empecé a tener amigas en Facebook que van con la lactancia prolongada y todo, entonces, empecé a verlo con más normalidad, digamos. (Tamara, explicando su cambio de actitud hacia la lactancia prolongada con el segundo bebé).*

Se observa que ciertos textos y manuales efectivamente prescriben comportamientos de agentes, y su rol puede ser muy significativa en la difusión del *know-how* y conocimiento motivacional de las prácticas. Nada más una informante justificó su decisión de amamantar en sus observaciones propias:

*De siempre fíjate que a mí desde pequeña me gustaban los niños. Entonces, yo siempre crecí con la cosa natural, el apego. Y tantito mi preparación – ciencias*

---

<sup>39</sup> Carlos González Rodríguez, es un pediatra español y autor de varios libros sobre crianza natural (del apego), lactancia y salud infantil. Fuente: <http://www.casadellibro.com/libros-ebooks/carlos-gonzalez/16377> [Consultado 3 noviembre 2015]

*de educación – ves todos los beneficios que le das a tu hijo de estar cerca. Tantas patologías también por estar lejos... Entonces, siempre fue mi sueño lo más natural, siempre soñé tener a mis hijas en agua, con parto, lactancia. (Jessica)*

La apropiación de ciertos discursos, principalmente de la filosofía de crianza con apego, se manifiesta en el deseo de tener parto natural expresado por varias mujeres. No obstante, sólo dos lo tuvieron, mientras que las otras siete dieron luz a todos sus hijos a través de cesáreas por razones médicas (tabla 4.2. en p. 78). Hablando de estas experiencias, algunas expresaron sentimientos de tristeza; para ellas, amamantar a sus hijos sirvió de alguna manera para rectificar su identidad como madre:

*El parto [natural] no se me cumplió, ni con la primera, ni con la segunda. [...] Psicológicamente me afectó mucho, sí me dolió, tengo que aceptarlo porque te haces a una idea, pero en el otro lado me he sentido muy completa porque la lactancia ha sido muy bella y muy bonita. (Jessica)*

*Para mí fue algo muy bueno saber que mi cuerpo por fin en algo funcionaba. Sentí que puedo hacer algo con mi cuerpo. Con mi hija mayor tuve un embarazo difícil, luego lactancia materna complicadísima, y con mi otra hija un embarazo tremendo, muy peligroso. Siempre sentí que mi cuerpo no funcionaba bien. Tenía la impresión, como me dijo mi esposo, que si yo estaría en la naturaleza salvaje con mi bebé, el primer lobo o el primer león nos hubiera comido. Y con las dos yo tenía esta impresión que mi cuerpo es inútil, que está roto. Que nada más gracias a los enormes esfuerzos de la medicina mis bebés nacieron sanas. Y de repente, algo funcionó. Todo estaba natural, y no pasaba nada malo, nadie se moría, nadie se enfermaba, no había la necesidad de tomar las cantidades enormes de medicamentos. Todo salía naturalmente, y eso era muy placentero. (Nicole, hablando de la experiencia de amamantar a su segunda hija ya que con la primogénita tuvo mastitis y tenía que dejar la lactancia después de 7 meses)*

**Tabla 4.2. La interacción con el sector médico y el uso de recursos externos al sector de salud**

Informantes	Asistió a curso prenatal	Tipo de parto	Tipo del hospital donde fue atendido el parto	Tipo de pediatra	Uso de consultores de lactancia, incluso de voluntarias de LLLI	Atendió reuniones de LLLI
Samanta	Sí	I: natural II: natural	privado	privado	Sí, consultora privada	No
Nicole	No	I: cesárea II: cesárea	privado	privado	Sí, en el hospital	No
Amanda	No	I: cesárea II: cesárea III: cesárea IV: cesárea V: cesárea	seguro social, luego federal	público y privado	No	No
Paulina	Sí	cesárea	privado	privado	Sí, consultora de LLLI	Sí
Norma	No	I: natural, en agua II: natural, en agua	privado	privado	No	
Jessica	Sí	I: cesárea II: cesárea	privado	privado	Sí, consultora privada	No
Tamara	No	I: cesárea II: cesárea III: cesárea	privado	privado	No	No, pero está formando su grupo de apoyo propio
Armida	Sí	I: cesárea II: cesárea	privado	privado	Sí, representantes de LLLI en el hospital	No
Alhelí	No	cesárea	privado		Sí, consultora de LLLI	No

I, II, III... - hijos en el orden del nacimiento; LLLI –La Liga de la Leche

Para las madres que han tenido a su hijo primogénito hace 5 años o más, la experiencia del primer parto en el hospital fue estresante no sólo por los dolores y por la recuperación postparto sino también por la violencia obstétrica y *habitus* médico autoritario (Castro, 2014) que se manifestó en la negación de los deseos de la madre y la falta de apoyo del personal médico:

*Sí le dieron fórmula casi de recién nacida, no le permitieron que esté conmigo, estuvo todo el tiempo en cuneros mientras estuvimos en el hospital. [...] La verdad, que estaba desinfomadísima y permití que hicieron todo lo que quisieran con mi lactancia. (Tamara)*

*Te puedo decir que cuando nació Sofía viví un proceso muy duro. Desde que elegimos un hospital en Toluca no aceptaron que mi niña se quedara conmigo, me hicieron firmar un papel, ni el pediatra estaba muy a favor de eso. Yo en la plancha con la cesárea, yo les decía: “Es que la niña se va a quedar conmigo”. Y la anesthesióloga me decía: “No, cómo se va a quedar contigo, tu ni leche tienes”. Y así literal me apretó el pezón y me salió un chorro. Le dije:” ¿Ya ves? Sí tengo”. Pero por eso me dejaron sola, ni tenía apoyo ni de enfermeras, ni de [pausa] nadie. (Jessica)*

Para los partos más recientes las mujeres generalmente buscaron hospitales con políticas pro lactancia y reportaron experiencias más positivas: se observa el cambio de la actitud en el personal médico y una mayor asignación de recursos a la promoción de la lactancia y el apoyo práctico, incluso una informante (Armida) reportó ser atendida en el hospital por las voluntarias de la LLLI. Sin embargo, a menudo las prácticas del personal se desviaban de la política oficial del hospital, como se ejemplifica a continuación:

*Yo estaba tirada en la cama, no podía ni levantarme ni caminar, entonces, nada más en la última hora cuando me estaban dando de baja, por fin, logré que una [consultora] venga a mi cuarto. Ella hizo algo que era espectacular: abrió con sus dedos la boca de la bebé y la llevó al pecho y ella tomó muy bien y empezó a succionar luego-luego. Pero cuando yo le pedí que me enseñe cómo hacerlo, ella me dio una tarjeta con su nombre y me dijo que si yo quería una sesión privada ella podría venir a mi casa por 2000 pesos, y que ahora tiene muchos pacientes y*



*no tiene tiempo. Esta fue toda la ayuda con la lactancia que yo tuve allí en el hospital. (Nicole)*

Hay que destacar que todas menos una informante (Amanda) han tenido sus partos atendidos en hospitales privados, en caso de algunas mujeres que residen en el DF, se puede describir estos hospitales como prestigiosos y de alto costo<sup>40</sup>. En el caso de Amanda, ella no estuvo satisfecha por la calidad de los servicios en el hospital del seguro popular donde tuvo a sus primeros dos hijos y decidió cambiarlo por el hospital federal donde, según Amanda, el personal hace esfuerzos para promover y apoyar la lactancia, incluso cuando las madres no están propensas a amamantar. Amanda misma terminó tratando de convencer a la vecina de su cama en el hospital de los beneficios de la lactancia:

*Las enfermeras le decían y le decían, e insistían para que dé pecho pero ella no quería. Y cuando se fueron me pregunta: “¿Y saldrían muy caros los botes de leche?” Le dije: “Sí te salen muy caros”. Porque aparte tiene otros dos. “Es que no le quiero dar”. Le dije: “Mira, si no te nace, no le des”. Porque eso también se lo transmites. Pero ya le empecé a medio contar de los beneficios y todo, como que le dejé por lo menos el gusano para que le dé. Porque en el hospital no te dan, tienes que dar a fuerza pecho. (Amanda)*

Con base en estos datos, se puede decir que el contraste entre el sector médico privado y público es notable en este aspecto: a pesar de que muchos hospitales privados presumen ser pro lactancia para captar mayor clientela en los estratos donde los beneficios del parto natural son difundidos, las prácticas de su personal hacen cuestionar este posicionamiento en el mercado de servicios de salud. En cambio, el reforzamiento de las políticas dirigidas al apoyo de la lactancia fue reportado de manera más consistente en el hospital público.

Además de los servicios proporcionados por el hospital, las mujeres buscaron el apoyo y la aprobación de los pediatras (si ellos eran pro lactancia), de las consultoras privadas cualificadas o de las voluntarias de la Liga de la Leche para la solución de sus problemas iniciales con la lactancia, incluso una atendió reuniones presenciales. Los

---

<sup>40</sup> Por ejemplo, actualmente el precio promedio de una cesárea en Médica Sur de las Lomas (el hospital de Nicole) tiene un costo de alrededor de 43 000 pesos y si se suma el costo del servicio de los honorarios médicos, el precio puede llegar a más de 60 000 pesos.

problemas que fueron atendidos tenían que ver con el miedo de que el bebé no se llenara, las grietas en los senos o las demandas del pediatra de combinar la leche materna con la fórmula:

*Tuve un par de problemas al principio para amamantar porque sufrí de ansiedad posparto, entonces los primeros dos... el primer mes fue muy difícil porque el bebé me lastimó. Tuve la fortuna de tener una asesora de lactancia, una líder de la Liga de la Leche, muy cercana a mí y otra amiga que es mamá y amamanta y es doula<sup>41</sup> y me ayudó muchísimo, estuvo muy cerca de mí. Gracias a ella y a la líder de la Liga de la Leche logré tener una lactancia exitosa en un principio. (Paulina)*

*A los 10 días decidí quitársela [la fórmula] totalmente, contacté a una mujer que está en la Liga de la Leche, y ella me asesoró por el teléfono y luego llevé a mi hija para que me asesorará más. Con gran apoyo de ella... a partir de entonces me dijo: “No le hagas caso al pediatra. El pecho es lo mejor que puedes dar. Y con el pediatra sigue sus recomendaciones normales pero sobre la leche no le hagas caso”. (Alhelí)*

Ambas mujeres entrevistadas que viven lejos de la capital (en Zacatecas y Michoacán) mencionaron la falta de la aprobación de la lactancia fuera de hospital y la importancia de los grupos en las redes sociales en términos de la difusión de la información y el apoyo tanto práctico como psicológico:

*Fíjate que es curioso que tengo muchas amigas, por decirlo así, en la red que físicamente no nos conocemos, y las otras que tuvimos la oportunidad de vernos y reunirnos en físico. Pero sí hay ya, digamos, un grupo [...] que me estaba apoyando en esos temas. Por ejemplo, cuando mi niño tenía congestiones, te dan apoyo, te dan ánimo, te dicen qué hacer porque aquí no hay nada de eso, de la Liga de la Leche, no hay grupos, no hay nada físico. (Tamara)*

Gracias a la pertenencia a los grupos virtuales Amanda no sólo cambió su práctica de amamantar, también se fue entusiasmada por el porteo (cargar al bebé en el fular o rebozo), otra práctica muy común entre las mujeres entrevistadas:

---

<sup>41</sup> Una "doula" es una asistente sin titulación oficial que proporciona apoyo físico y emocional a las mujeres durante el embarazo, el parto y el posparto.

*Pero ya te dije ahora yo estoy más involucrada y más investigando otros grupos [de Facebook]. El porteo, nunca lo hice tampoco, me encanta. Detalles así que te digo que un poco tarde, ya con el quinto [hijo] ya voy aprendiendo. [...] Eso [el fular] me lo regalaron cuando tuve a la niña. Como fue prematura una prima me lo regaló. Me dijo mi mamá: “Y ese trapo, ¿para qué es?” Le dije: “No sé”. “Lo voy a cortar”. “Pues, córtalo”. Y se me ocurrió preguntarle a mi prima cuando casi lo cortamos: “¿Cómo lo vas a cortar? ¿Qué te pasa?” Yo dije: “Bueno, vamos a googlear”. Y dije: “No, pues, está súper bien”. Y ya desde allí, con el fular. Y aparte puedo dar a otros dos niños la mano. Me encanta. También estoy en un grupo “Porteo México” y, no-hombre, estoy con los ojos abiertos. Muchas cosas que desconocí, pues. (Amanda)*

Recapitulando los datos discutidos en este apartado, se puede decir que gracias a la difusión de los discursos médico-científicos sobre los beneficios de la lactancia iniciar el amamantamiento era importante para las madres entrevistadas, incluso cuando el inicio de la práctica presentó varios obstáculos, retos y problemas, o cuando en su círculo familiar o social el amamantamiento no era particularmente común. Ninguna de las informantes mencionó que buscó el apoyo de su madre, en lugar de eso las mujeres preferían ir con “especialistas”, ya sea de la LLLI o consultores privadas, o buscar la información en las redes sociales y otros recursos virtuales. En cuanto a la interacción con el sector médico privado se observan ciertas ambivalencias: las mujeres reconocieron que los mensajes emitidos por el personal médico fueran mixtos y llevaron a algunas entrevistadas a interrumpir la lactancia de sus hijos primogénitos prematuramente; analizo el tema de la presión social a más profundidad en el siguiente apartado.

### 4.3. Ante las tensiones sociales

Todas las entrevistadas reportaron tener alguna presión social para completar o reemplazar la leche materna con otros alimentos o fórmula o interrumpir el amamantamiento por completo; la presión social creció paulatinamente conforme que avanzaba la edad de su hijo, siendo más y más fuerte a partir de los seis meses y luego un año (el mismo hallazgo que encontraron las investigaciones de Marshall, 2007 y Anderson, 2010). En los relatos de algunas madres se encuentran referencias a la filosofía denominada como “crianza natural”, o “crianza con apego”, el movimiento que favorece el tipo de crianza guiado por las necesidades de los infantes,<sup>42</sup> e incluso cuando las informantes no hablaron explícitamente de este movimiento, su forma de tratar a sus hijos se acercaba a aquella. Esta visión de la crianza contrasta marcadamente con la de muchos pediatras en México, quienes, según Sánchez Bringas (2003), entienden la relación madre-hijo como una lucha por el poder donde el bebé desarrolla estrategias para dominar a la madre y la madre a su vez tiene que responder para someter al bebé, por ejemplo, establecer horarios fijos de comida y no amamantar a libre demanda o practicar el colecho (dormir en la cama de los padres). Según las conversaciones con las informantes, esta visión sigue siendo también muy común entre la generación de sus madres y hermanas mayores, en otras palabras, la informante llegó a ser primera en su familia y en su círculo social quien practicó otro tipo de crianza y, por consecuencia, su decisión atrajo críticas y produjo ciertas tensiones, como en caso de Samanta, quien reflexiona por qué las mujeres “se meten” a los cuestiones que tienen que ver con la lactancia:

*Porque muchas son madres y todos somos hijas. Y las que son madres van y dicen lo que ellas hicieron porque a fin de cuentas una madre siempre hace lo mejor por su hijo. Y, entonces, esa madre, si su experiencia fue que lo mejor para su hijo era darle fórmula, pues para ellas es como esa necesidad personal imperante de decirte lo que está bien. Las que son hijas es también como defender tu madre, lo que tu madre hizo por ti. [...] Porque si tú no haces lo que ellas están haciendo si son madres, es como decirles que lo que hacen está mal. Y si no haces lo que sus madres hacían cuando les tenían es como les dices que sus madres estuvieron mal. Y aun a mí me pasa con mi mamá y con mis hermanas. Pues ellas me creen*

---

<sup>42</sup> Popularizado por los libros de William Sears sobre la “crianza del apego” (*attachment parenting*) con referencia a las teorías de John Bowlby, entre otros. Véase los principios del movimiento en el Anexo 3.

*loca porque hago lo que yo quiero, entonces ellas piensan que es algo personal, que yo no valoro lo que mi mamá hizo por mí. (Samanta)*

En este sentido, la influencia de las mujeres familiares de otras generaciones era evaluada como negativa en relatos de varias informantes:

*En verano fuimos con los papás de mi esposo y ellos estaban convencidos que mi leche no era suficiente, que necesita la bebé algo más y si yo me alejaba diez pasos de la casa ellos lo aprovecharon para darle el biberón, incluso con el cereal, a pesar de que ella tenía nada más dos meses. Estaban enfocados en, primero, convencer a mí que la bebé necesitaba mejor nutrición y, incluso, si yo no obedezco, darle en secreto. (Nicole)*

*A lo mejor suena raro, pero otra ventaja [para tener la lactancia prolongada] es que no tenemos aquí cerca ni la mamá, ni la suegra, porque mi mamá no está nada de acuerdo con la lactancia prolongada, cada vez que nos reunimos lo vea problemático, que ya no le das, que ya no le sirve. (Tamara)*

En situaciones potencialmente conflictivas las informantes generalmente contaron con el apoyo moral de sus maridos (tabla 4.3. en p. 86); además, ellos a menudo prestaban su ayuda práctica. Sin embargo, dos de las entrevistadas admitieron la desaprobación de sus prácticas por parte de sus esposos:

*Él me apoya mucho, mucho. Con Sofía cuando era recién nacida, le acomodaba la cabecita para que se posicionara bien para lactar y por eso tuve nada de grietas. [...] Sí el trabajo con mi esposo fue muy importante y muy bueno. Y es un trabajo en equipo: antes mi esposo me veía con Sofía: “¿Ya va comer?”. Él traía el cojín, él me tapaba, me acomodaba así que sientes que también participa. (Jessica)*

*Otra vez empezamos con problemas: con el marido, y que ya no sirve, y que la concuña, y que la vecina. [...] Porque dice [marido] que me quita tiempo para atender a los otros cuatro [hijos]. Por ejemplo, estoy dando chichi y él: “Ya estás con la niña dando chichi, no le has acostado la otra, no has dado de comer a los*

*demás”. Y cuando vamos a las reuniones familiares: “Ah, ya estás con la chichi afuera, no te da vergüenza, ya estás viejota”. (Amanda)*

*Él [esposo] piensa que es un capricho femenino. Cuando no hay nada que hacer, entonces, las mujeres inventan unas ocupaciones raras. (Nicole)*

Si no fue por los comentarios directos las mujeres, también a menudo sintieron que su práctica de alguna manera incomodaba a las demás mujeres:

*Hubieron unos comentarios, incluso de familia, así de: “Que raro que tú sí tienes leche”. Todos los comentarios de: “Qué padre porque a mí nunca me salió”. Yo lo he visto en lo personal como que metes a otras personas, a otras mamás... como si las reclamarás o algo, sin decirles nada, ¿no? Ellas mismas cuando te vean amamantar dicen: “¿Sabes qué? Bueno que tú sí puedes porque yo no pude”. Y tú no les estas diciendo, ni preguntando, ni nada. (Amanda)*

A pesar de eso, la mayoría de las mujeres reconocieron que la mayor presión para dejar la lactancia venía de los médicos, si no de su pediatra, de otros doctores especializados. La estrategia de las mujeres era buscar un pediatra pro lactancia o doctores homeópatas entre sus contactos personales o por la recomendación de las consultoras de la lactancia o su curso prenatal o, incluso, no mencionar que sigue amamantando a su bebé:

*El primero que te va a decir que la leche no sirve es el pediatra. Yo conozco muchas pediatras pro lactancia pero a lo mejor son 6 o 7 dentro de una ciudad donde hay... no sé... 10 mil. O sea, no son tantos, a fin de cuentas. A lo mejor hay más pero los pediatras pro lactancia siempre tienen su “pero” porque son pro lactancia a su criterio. Hay unos que empiezan a tener información, empiezan a tener capacitación de lactancia, pero hay otros que lo hacen a su criterio porque son mujeres que amamantaron o porque quieren ser empáticas con las mamás. O son hombres, a ellos no importa lo que mamá haga. Pero pro lactancia porque tienen una convicción o conocimiento que la leche es buena son pocos. (Samanta)*

*El problema era cuando ella nació había poca información por parte de mi pediatra de quien yo esperaba más apoyo. Lo que te recomiendan es dar quince*

**Tabla 4.3. Tipo del apoyo a la lactancia recibido**

Informantes	Apoyo del marido	Apoyo de otros familiares	Apoyo en el hospital	Apoyo del médico pediatra	Apoyo de otros médicos especialistas	Apoyo de consultoras de lactancia	Otro apoyo reportado
Samanta	Sí	N/r	Sí	Sí	N/r	Sí	N/r
Nicole	Desaprobación	Desaprobación	I: no II: sí	I: no II: sí	N/r	Sí, en el hospital	N/r
Amanda	Desaprobación	Desaprobación	I, II: no III, IV, V: sí	No	N/r	No solicitado	De grupo de apoyo
Paulina	Sí	N/r	N/r	Sí	Desaprobación	Sí, de la LLLI	De grupo de apoyo de la LLLI y su amiga
Norma	Sí	Sí	N/r	I: no II: sí, después del cambio del médico	Sí, del ginecólogo particular	No solicitado	N/r
Jessica	Sí	Sí, de su prima	I: no II: sí	Sí	N/r	No solicitado	N/r
Tamara	Sí	N/r	I: no II: sí III: sí	N/r	N/r	No solicitado	De los grupos en redes sociales
Armida	Sí	N/r	Sí, de la LLLI en el hospital	Sí	Mixto	No solicitado	N/r
Alhelí	Sí	Sí, de su hermana	Sí, del enfermero	Sí	N/r	Sí, de la LLLI	N/r

I, II, III... - hijos en el orden del nacimiento; n/r – no reportado

*minutos de cada pecho y luego fórmula, y a mí eso no parecía natural. Entonces, fue un pleito constante con mi pediatra de decirle que yo no quería dar fórmula y él como que me amenazaba que si mi hija no subía de peso voy a tener que dejar de dar pecho y arrepentir mucho más. Él prefería que desde el principio le di fórmula a pesar de que yo no quería. (Alhelí)*

*El primer pediatra de mi niño me regalaba la fórmula. Él hasta me daba las muestras: “Ten”. También dices: “Ay, me ahorré, ay, qué fácil, el doctor me da hasta la fórmula”. Pues sí, él decía: “Es demasiado tiempo para darle la chichi”. Yo me la eché mixta pero si por él hubiera sido, yo hubiera dado pura fórmula. (Norma)*

*La doctora que me atendió en ese tiempo [del segundo embarazo] que era muy de parto natural, aun así me decía: “Yo no te voy a decir que la dejes de amamantar. Sólo te voy a decir cuando tú amamantas de alguna manera estimulas el útero, entonces, hay la posibilidad de que pierdas al bebé por el movimiento, por las contracciones. Aunque son pequeñas, aunque tú no las sientas, sí hay”. Por otro lado, yo que había leído muchas cosas que decían que si tu embarazo es normal, no tienes un desprendimiento o que no está bien puesto el embrión, o algo así, pues puedes seguir amamantando. Yo decía a mi doctora: “Sí”. De hecho, yo nunca toqué ese tema, pues yo sabía que ella me va a decir. (Armida)*

*Yo estaba viendo algunas cosas con la columna y con los ojos y era: “lo tienes que dejar de amamantar porque tienes que tomar X medicamento”. Y es cuando hay muchos medicamentos compatibles con la lactancia pero hay mucha ignorancia a nivel médico. Te quieren obligar de dejar la lactancia, y no hablo de la lactancia prolongada, no, dentro de los primeros 6 meses - 1 año muchas veces piden a las mamás que dejan de amamantar porque tienen que tomar X tratamiento para X enfermedad. (Paulina)*

*Fui al dentista, y me dice el dentista: “¿Sabes qué? Tienes un problema con tus dientes, te tengo que recetar algo”. Le dije: “Oye, estoy lactando”. Él me dijo: “No pues, tienes que dejar de lactar, esa medicina le va a hacer daño a tu bebé”. Voy con pediatra y me dice lo mismo. Entra la estancia, y en la estancia: “Pero... ¿cómo? ¿Todavía le das leche? Si ya está grande. Ya no le des”. [...] Y yo:*



*“Bueno”. Entonces, yo deje de lactar a mi niño por esa presión. (Norma, explicando las razones por las cuales destetó su primer hijo)*

Hablando del tema del amamantamiento en lugares públicos, las informantes indicaron la existencia de tensiones entre su práctica y la percepción de aquella principalmente debido a la naturaleza sexual de la exposición de los senos femeninos y el hecho que la disponibilidad de la mujer a amamantar el niño más grande, quien ya camina y habla, está públicamente escudriñado, arraigándose en las creencias (científicamente infundadas) que el niño va a desarrollar el apego demasiado fuerte y que la leche materna pierde sus propiedades nutritivas con tiempo. Los estudios en Occidente indican que la desaprobación del amamantamiento en público es más fuerte entre las clases sociales bajas y entre las jóvenes (Stearns, 1999). Según los testimonios de mis informantes del DF, recibir un comentario negativo de alguien desconocido no era común, generalmente, la presión social se expresaba a través de las miradas así que las informantes autoregulaban sus comportamientos en público sin intervenciones directas. Esto se explica, quizás, por el hecho que en la ciudad tan grande y multicultural, como es la capital, y, aún más, en el ámbito de la clase media urbana el grado de la tolerancia a ciertas prácticas de género y, en general, prácticas fuera de la norma es más elevado. En cambio, Amanda, quien vive en la localidad más “tradicional” y es de la clase trabajadora, sí ha recibido comentarios explícitos acerca de su comportamiento:

*Eso también es de los pleitos [amamantar fuera su hogar] porque en las reuniones familiares tiene hambre mi hija y le doy de comer y mi marido: “¿Por qué estas enseñando la chichi, ya tan viejota la chiquilla”. A mí no me importa, a mí no me da vergüenza en el absoluto, a él sí, al que da penita es a él [se ríe]. También en Aguascalientes tengo una tía, ella llegó de visita a la casa de mi mamá y allí estoy dando a mi hija y entran mis tíos y yo sigo dando de comer. Y mi tía agarró una cobija y me la echó encima: “Ten porque a mí no me gustan esos exhibicionismos”. No le dije nada por no pelear. Presión, de digo, por todos lados. (Amanda)*

*Creo que es más la idea que uno tiene: “creo que podrían pensar”. Pero nunca sabes que está pensando el que me está viendo. [...] A mí pasó una vez un Six Flags con él [el segundo hijo] cuando tenía 4-5 meses. Alguien en el parque, alguna chica vestida de superhéroe que estaba en el show, me llegó y me dijo:*

*“Tiene que cubrirse. Sí es que es un parque familiar”. Le dije: “Hmmm... ¿Y tú como estas vestida?” Y ella: “Sí pero es una marca registrada”. “Esta también es registrada por la OMS”. Y en final de cuentas es una chica que no sabe lo que decía. Eran los complejos, era la información de ella, los prejuicios de ella, de hecho, Six Flags ahorita abre aulas de lactancia y esto salió en la prensa. (Samanta)*

*En cuanto van creciendo [los hijos] ya son más miradas de reprobación que las de apoyo porque se quita la idea de: “Ay, qué tierno, que bonito, qué hermoso”. Cuando van creciendo esa imagen se distorsiona y las personas ya son: “¿Pues, cuántos años tiene? ¿Qué, no toma leche de vaca?” (Armida)*

Estos datos sostienen el argumento que las prácticas de género femenino todavía son forzadas de ser ejecutadas en espacios privados y “el espacio público es el ámbito donde la práctica del amamantamiento es, en el mejor de los casos, socialmente constreñida” (Guttman & Zimmerman, 2000 en Anderson, 2010: 74). A pesar de esto, todas las informantes indicaron que esto no le ha afectado su voluntad para continuar con la práctica. Como mecanismos de defensa, algunas de ellas buscaron posturas más discretas y utilizaron ropa especial o chalinas para cubrirse, otras buscaron refugio en sus coches (es común que el espacio del automóvil propio se ve como una extensión del espacio privado) mientras que otras afirmaron que tienen suficiente confianza y que no les importa la opinión de los demás:

*Como que la gente te queda mirando pero nadie se ha atrevido decirme nada. Yo sé si me diga algo me voy a poner... voy a dar una respuesta tratando no ser grosera. Con la pena no me puedes correr por alimentar a mi bebé. Estoy muy segura, a mí no me da pena. ¿Qué pueden ver? El niño cubre todo. También trato de dar la espalda porque la gente aquí es muy chismosa. Pero mientras él tenga hambre, donde sea, a la hora que sea. (Norma)*

*La ropa [de maternidad tal como las blusas, los bras etc.] no es como que necesaria pero uno se siente más cómoda. [...] Si tú misma no facilitas de cómo vas amamantar, no vas a amamantar. Se trata que socialmente nunca veas gente con la ropa arriba. Entonces si pienso que debería ser más ropa de la lactancia que de embarazo porque del embarazo no es la que puedes ocupar en la lactancia, debería ser la misma. (Samanta)*

*A mi hija da hambre hasta en la calle y le he dado de comer en el súper, caminando. En el súper me la detengo y con el carrito voy caminando [reímos]. En la calle también, en todos lados. A la hora que ella tiene hambre le doy. De hecho tengo mi mantita especial cuando requiero taparme porque es una comida o algo, pues me pongo mi mantita, la que es para lactar, tiene como un fierrito aquí para que sigas viendo a tu bebé. Para que sigas en contacto. Pero si no la traigo, no me preocupa. Yo le doy de comer. No es un límite para mí. (Jessica)*

*Yo les di de comer parada, acostada, sentada, o sea, de todas formas. Yo he traído a ella amamantando en el súper y así voy caminando por el paseo. Y no me tapo, la verdad nunca me tapé. (Armida)*

Se observa, entonces, que dentro de la muestra existe mucha resistencia a los discursos tanto públicos (sector médico, creencias populares) como privados (familiares, principalmente de generaciones anteriores) que tratan de restringir o poner frenos al amamantamiento de las agentes. En cuanto a, específicamente, la medicalización de esta práctica, las agentes, en lugar de entrar a las interacciones con el personal médico como sujetos deterministamente subordinados, equilibran las relaciones del poder a través de su capacidad para crítica, reflexión, resistencia e, incluso, uso de sus recursos como consumidores de servicios (a través del cambio del doctor o el hospital, por ejemplo), la misma dinámica que observa Lorentzen (2008) en las mujeres tratadas en hospitales públicos en EE.UU. Sin embargo, las mujeres también tienen que autoregular su práctica en los lugares públicos, que siguen siendo diseñados simbólicamente y físicamente como dominios masculinos, que nos remite a la noción de Bourdieu de la violencia simbólica en conexión con el *habitus* de género (véase apartado 3.1. (f)).

#### **4.4. El amamantamiento como una experiencia encarnada**

Se observa que muchas veces las mujeres legitimaron su elección de atenerse al amamantamiento no sólo gracias a la conciencia de los beneficios nutritivos de la leche materna (cosas que son difíciles de medir en corto o largo plazo) pero también refiriendo a sus experiencias corporales: “el gusto”, “el placer” y el contacto físico-afectivo con su bebé, el tema que expongo más en este apartado.

Investigando la lactancia materna no hay que perder de vista que esta es la práctica de parentesco encarnada (*embodied practice*, como la define Stearns, 2013), centrada en el cuerpo femenino. La mujer experimenta la práctica a través de su cuerpo – el crecimiento y relleno de sus senos, la sensibilidad del pecho, el contacto físico con la piel de su bebé. Encontrar el equilibrio para esta nueva modalidad corporal produce emociones y sentimientos que varían en diferentes etapas de la práctica: miedo de lo novedoso y del fracaso, orgullo, ternura, cansancio, impaciencia si el bebé está tomando mucho tiempo pegado al seno, placer físico y satisfacción mental con la dominación de la práctica. Los datos obtenidos en esta investigación indican que la dimensión corporal afectiva del contacto físico-mental con el hijo son centrales a la experiencia vivida de esta práctica, y la mayoría de las entrevistadas los identificaron explícitamente como factores importantes en la continuación con la lactancia:

*Tú antes de tener un bebé y amamantar, lo único que sabes es que es bueno para el bebé y para tí también. Que hay beneficios de salud. Cuando lo tienes y empiezas amamantar a él, te das cuenta que hay otra parte que se beneficia y que son los lazos, la convivencia. [...] El apego, como en sentir y disfrutar ese vínculo. Pero ese, cómo te dije, hasta que lo tienes [lo puedes vivir], te acuestas un rato con ellos y los disfrutes, ha sido como alejarnos de rutina, sobre todo. (Armida)*

*Es un momento súper tranquilo, así de: “Vente mi amor”. Cuando estamos aquí, en casa, pide acostado, entonces, vámonos a la cama y nos acorruamos y le doy su chichi y de paso si puedo me tomo una siesta. (Norma)*

*Amamantar me fascina. Es que dicen aquí, en México, perdón la palabra, “soy muy huevona” [riendo]. No me gusta levantarme hacerle la leche y calentarla, me da muchísima flojera. También hago colecho con ella, entonces, nada más pon la chichi y a dormir. Es más a gusto. Así que me tengo que levantar... apenas puedo dormir con los cinco [hijos], imagínate, y levantarme para hacerle la mamila, ay, no. Y, te digo, me gusta cuando doy pecho que es un momento para las dos, nada más. Un poco desentenderme de... que sean esos 30 minutos para ella y para mí pues. De contacto. (Amanda)*

*Para mí es cómo una satisfacción personal y un cierre para mi ciclo de maternidad. Si no se me dio tener a mis hijas con un parto natural, el hecho que*

*hayan sido cesáreas no debilita la comunicación y la química que tenemos a través de lactancia. O sea, ese desprendimiento de mi bebé, cuando sale de mi cuerpo, y que lo sigo dando a través de lactancia, es como ese acompañamiento de seguir con mis hijas. No despegarme de jalón. Ya tuvimos nueve meses adentro, ahora que yo le dé de comer a través de lactancia, ese acompañamiento para que culmine mi proceso de maternidad de la mejor manera, hasta que ella decida. Es así como lo veo, es así como lo siento y es así como lo quiero. (Jessica)*

Como se puede observar las mujeres hablan del aspecto físico no sólo en términos del alejamiento de la rutina para disfrutar el contacto con sus bebés sino también como parte de una visión más simbólica de la diada madre-hijo. Sin embargo, es importante apuntar que las informantes, cuando estaban en el tema de su experiencia corporal de amamantar, generalmente se enfocaron en el vínculo con su infante, y el tema del placer físico del cuerpo de la mujer fue tocado sólo en dos relatos. Es evidente que la expresión legítima de afectos está socialmente construida (como es evidente en otros estudios presentados en el apartado 2.6.). En el primer relato que obtuve en el trabajo de campo (y donde, de hecho, el tema emergió espontáneamente), se nota que la mujer separa sus identidades sexual y maternal a la hora de articular sus experiencias y desconecta sus sensaciones de sus posibles deseos o pulsiones libidinales:

*La verdad ha sido muy placentera [la experiencia]. E, incluso, ha sido físicamente placentero. Tampoco llegas al clímax, no-no-no, es una paz mental de verdad. Jamás en mi vida he estado con tanta paz en mí. La verdad que me han pasado cosas por los que en algún otro momento yo hubiera hecho una guerra y durante la lactancia fue así: “Bueno...” Como drogada andas, de buena onda. (Armida)*

Otra informante se sintió un poco molesta por dar respuesta a mi pregunta provocativa de la potencialidad de existencia de los deseos sexuales mientras una amamanta, y su reflexión abarca el tema de los tabús sociales y el impacto de contexto situacional a experiencias físicas:

*Sé que se libera oxitocina [al amamantar] y a lo mejor son las erógenas. A mí no me genera... nunca he experimentado a través de la lactancia esta parte de erotismo. Creo que tiene mucho que ver con literalmente psicología. Porque es como si te dijera que clítoris es una zona erógena pero si viene alguien y te viola*

*pues toca madera. Perdón que me expreso así pero si te está tocando el clítoris una persona de la calle que te está forzando, que no conoces, yo no creo que sientas placer. O sea, no nada más es la parte física, no funciona así con las personas. Es como el parto, cuando estás en un hospital, estás acostada boca arriba, te están hablando mal, no va a ser algo fisiológico, va a ser algo traumático. Lo mismo con la lactancia, lo mismo con las relaciones sexuales. Sí son cosas naturales, pero yo tendría que estar muy enferma para pensar que mi hijo está... para asociarlo sexualmente. Es imposible. (Samanta)*

En cuanto a la percepción de su propio cuerpo todas las entrevistadas admitieron que esto se ha cambiado en el embarazo y el periodo postparto debido a que en estos periodos las mujeres vivieron cambios físicos rápidos: la subida del peso en el embarazo y luego su pérdida con la lactancia, el crecimiento de los senos y el cambio de su forma así como su nueva función:

*Siento diferente, no sé... cómo que es una parte sagrada, podríamos decirlo. Y siento también que hasta mi esposo esta parte me cuida mucho en la intimidad y lo mismo viví con Sofía. Como que en esta etapa nos cuidamos mucho, y ya después regresa todo a la normalidad. Pero en este momento [el pecho] es exclusivo para la bebé. (Jessica)*

Dos mujeres admitieron tener una satisfacción con la recuperación de su peso y con el hecho que les quedaba la ropa que tenían antes del embarazo, incluso, una mujer admitió que le gusta su pecho más que antes porque tiene más busto (que muestra que los esquemas internalizadas de percibirse como objeto de atracción para hombres no se desaparecen por completo en las madres con el cambio de identidad). Asimismo, otro tema que estuvo presente en este relato fue el cuidado de su cuerpo en el embarazo y la lactancia y la dieta que la mujer seguía:

*Siento que en mi primer embarazo me cuidé muchísimo, así que comía mucha ensalada, mucho salmón, no comía esto, no comía otro. Como que muy bien portada. Pero en el segundo dije: “No pasa nada, voy a comer de todo”. Y comí, y comí, y comí, y comí. Y realmente no subí tanto de peso, realmente ya recuperé mi peso normal. Y la lactancia me ayudaba mantenerme porque como cómo yo estuviera así rodando. Trato de no comer mucho chile, ni alcohol obviamente. Pero mi ropa me queda, me siento bien. Hay veces cuando me digo: “Ay, hñoles,*

*tal vez debería bajar un poquito de peso”. Pero ahorita no me importa, no estoy tan clavada en mi físico. (Norma)*

Tener una dieta especial es una práctica común entre las mujeres que amamantan (Marshall *et al*, 2007), en los discursos populares y médicos la pureza de la leche materna está siempre el objeto de cuestionamiento. La fuente de este alimento debe ser el cuerpo femenino perfecto: preferiblemente joven, sin enfermedades y patologías, nutrido sanamente, incluso mentalmente y psicológicamente estable y bien posicionado socialmente (Tapias, 2006). Sin embargo, leches de otros mamíferos (y la leche de fórmula si está hecha de la leche animal) son vistos como los productos incorpóreos: nadie pregunta en qué estado del humor estaba la vaca ordeñada, si estaba triste o feliz, si come bien y hace ejercicio *etc*. Una informante (igual como Martínez, 2011) observó que el cuerpo de mujer es el objeto del escrutinio autoinfligido y socialmente reforzado. Esto resulta en que hay muchas mujeres quienes no sienten confianza para amamantar a sus hijos:

*En México son más personas que no creen que puedan beneficiar al bebé con su cuerpo imperfecto. Van a decir que: “No, como porquerías, fumo, he enfermado de este, de este, de este. ¿Cómo crees que le puedo dar leche y va a salir buena?”. De este encuentro aquí muchísimo. Todas creen que no son suficientemente puras para su bebé. (Nicole)*

Esta misma ambivalencia sobre la calidad nutritiva de la leche materna se hace evidente en este relato donde la informante usa los argumentos de su sentido común para combatir a las creencias que existen entre los profesionales médicos:

*El pediatra dijo a la nuera que la leche [materna] ya no servía y que le empezara dar la Liconsa, una leche del gobierno. Y yo con mi cara de “¿What? ¿Qué estás diciendo?” “Es que ya no sirve para nada tu leche”. Y, ¿cómo va servir mejor la Liconsa que mi leche (Amanda)?*

Se puede decir que las mujeres en la muestra se destacan por la ausencia de dudas acerca de su leche materna. Es más, ellas la valoraban por los beneficios nutritivos e inmunológicos y muchas expresaron la satisfacción con el conocimiento que podían nutrir a sus hijos de la mejor manera:

*Siento que la parte del calcio es importante. Es una niña muy alta, entonces, siento que influyo también la lactancia que tiene buena calcificación. Su dentista y su pediatra dicen que está muy bien. Es genético también, pero influye mucho que les das una buena leche. (Alhelí)*

*Es increíble poder alimentar a otro ser. O sea, por tí el otro ser pueda crecer. Para mí es muy importante la alimentación, yo me dedico a los cursos de cocina. He investigado mucho sobre la alimentación saludable, nosotros practicamos el vegetarianismo. [...] Y eso me llevo a pensar que la lactancia es natural, no tiene ningún químico, no tiene azúcares, viene de mí y si hemos vivido durante siglos y los niños son fuertes por la lactancia materna, entonces, ¿por qué tenía que dar una fórmula a mi niño? ¿Desde cuándo cambio a la cuestión de “hay que darle la fórmula para rellenarlo”? (Paulina)*

*[La leche materna] es la mejor medicina, no se te enferma. [...] Y sí te enfrentas a: “Ay, está muy gordito, tienes que ponerle a dieta”. ¿Cómo le voy a poner a dieta, es un bebé? Es una chichi, ¿no? No se me ha enfermado de nada, o sea, allí se ve que la chichi funciona. (Norma)*

Se observa también, que los motivos por los que las informantes amamantan evolucionan con el tiempo, junto con la dinámica de la interacción con el infante: el aspecto nutricional y de salud es más importante para las madres con los hijos menores de un año, luego el énfasis se cambia hacia el fortalecimiento del vínculo afectivo, la practicidad del amamantamiento y su papel como parte de la rutina establecida. Examino estos datos más en el último apartado de este capítulo donde discuto el lugar de la interacción madre-hijo en los relatos y el tema del destete.

#### **4.5. La interacción madre-hijo y el destete**

Como se nota en los relatos citados en los primeros apartados, el peso de los discursos médico-científicos es sumamente importante para la predisposición a amamantar y en los primeros meses de vida de bebé, antes que él/ella inicie con alimentos aparte de la leche y la madre establezca su dieta más variada. Posteriormente, conforme que va creciendo el infante, a los aspectos nutricional y emocional en las motivaciones de entrevistadas se agrega el reconocimiento de la influencia de la interacción con cada hijo, moldeada por su personalidad individual, contexto situacional y otros elementos



que, podemos decir, se sitúan en el nivel social micro, o en el nivel de interacciones (Goffman, 1963). Estos elementos, junto con algunas condiciones socioeconómicas y laborales de las entrevistadas, parecen ser claves en determinar la duración y la dinámica de la lactancia cuando se prolonga por el periodo más extendido.

El caso de Armida es contundente en este respecto. Ella empieza diciendo que antes del embarazo la lactancia le pareció como algo “feo” y “de animales” pero después de tomar el curso prenatal ella decide que va a amamantar a su bebé por seis meses para brindarle la mejor nutrición. No obstante, el comportamiento de su hija induce a ella a continuar amamantando:

*Entonces, bueno, pasaron los seis meses, según que después ya, no le iba dar, y pues no. No, ella fue muy apegada, prácticamente ella estuvo cargada todo el año. No dejaba que yo le dejaba un momentito en el suelo. No era de esas que la duermes, la acuestas en la cama y ya salgo, uh-uh. No, no. Todas las siestas tenía que ser cargada, pegada a la chichi todo el tiempo, todo el tiempo. La verdad, no sé cómo le hice pero así fue. Ya cuando empezó caminar un poco, se fue destetando un poquito pero aun así fue muy apegada. (Armida)*

Como apunta Stearns (2013), el trabajo corporal colectivo de la diada madre-hijo en el amamantamiento es el campo teóricamente subexplorado, pues las discusiones académicas acerca del cuerpo están generalmente centradas en un cuerpo, no más. Pero el amamantamiento ocurre gracias a la participación activa y la voluntad del infante. Se puede argumentar que ya en las etapas iniciales de la vida el pequeño ser puede mostrar ciertos signos de individualidad y agencia: el mayor o menor grado de la necesidad del apego, el genio, la sensibilidad y los modos de expresión preferidos. Esto es evidente en los estudios con recién nacidos que han realizado en el campo de la psicología social:

*There are individual differences in the duration of various sequences of crying and in the intervals between them, so that a mother is likely to respond differently to different babies. This, we may note, is one of the earliest indications of individuality; it helps, moreover, to show up the inadequacy of any view of socializing being entirely a matter of parents determining behaviour of children. Children, even the very youngest, can determine the behaviour of parents and*

*thereby help to create the environment in which they will be reared. (Tajfel y Frazer, 1990: 109) <sup>43</sup>*

Y mientras que es cierto que al principio el infante es una criatura indefensa y está totalmente dependiente de sus cuidadores, es también cierto que los lazos afectivos que establecen los adultos con sus hijos hacen que se desarrolle entre ellos una relación fuerte donde el comportamiento o, incluso, solamente la presencia del bebé, puede ejercer influencia sobre los demás, así como apunta Elias (1982):

*Tengamos en cuenta que incluso el bebé tiene desde el primer día de su vida poder sobre los padres y no sólo a la inversa; el bebé tiene poder sobre los padres en la medida en que tiene, en algún sentido, un valor para éstos. [...] En los casos de la relación entre los padres y su pequeño y entre amos y esclavos, los niveles de poder están muy desigualmente repartidos. Pero sean grandes o reducidos los diferenciales de poder, siempre hay equilibrios de poder allí donde existe una interdependencia funcional entre hombres. (Elias, 1982:87)*

Además, conforme que va creciendo el infante, va adquiriendo más herramientas para expresar y actuar su agencia. Comprenderla y reconocerla es parte central del tipo de crianza que aspiraban a practicar las mujeres entrevistadas, especialmente en las etapas de cambios y en la etapa del destete. Mientras el niño no habla, las madres interpretan sus comportamientos y signos corporales, como se ve en este relato:

*Sofía volteó su carita y para mí fue así: “Ay, ya no quiere”. Volteaba la carita. Pero ella lo decidió así, en ese momento. (Jessica, hablando del autodestete de la hija mayor en la edad de un año)*

Con niños más grandes ya se puede llegar a acuerdos a través de negociaciones y el reforzamiento de los argumentos del adulto:

*Yo ya estaba muy-muy embarazada y con ella [la hija mayor] que siempre ha sido muy exigente y demandante. Para mí era mucho. Llegue a un acuerdo con ella,*

---

<sup>43</sup> Existen diferencias individuales en la duración de diversas secuencias de llantos y de los intervalos entre ellos, de modo que una madre puede responder de forma diferente a diferentes bebés. Esto, queremos apuntar, es uno de los primeros indicios de la individualidad; y ayuda, por otra parte, para demostrar la insuficiencia de cualquier perspectiva de la socialización como un asunto enteramente de los padres que determinan el comportamiento de los niños. Los niños, incluso los más pequeños, pueden determinar el comportamiento de los padres y de ese modo ayudar a crear el ambiente en el que van a ser criados.

*hablé con ella, le explique lo del bebé y todo. Entonces, llegamos a un acuerdo que a ella sólo iba a dar antes de dormir y en las mañanas cuando se iba a despertar. Obviamente, tuvimos muchas excepciones durante ese lapso pero sí bajó mucho. O sea, ya no me pedía tanto. O si me pedía durante el día le decía: “Acuérdate, quedamos en algo”. (Armida)*

*Terminé la lactancia [del segundo hijo de la edad en 3 años 6 meses] porque la verdad ya estaba muy agotada de dar a los dos, y a él explique que ya estaba cansada, mejor que dejamos la leche para la hermana, le dije: “Sabes que, hijo, ya. Ya no puedo, ya estás grande, ya no te toca”. En el inicio se resistió un poco pero, la verdad, no fue nada difícil, él había entendido que se había acabado su tiempo con la leche y lo dejó. No, realmente no fue difícil, no fue un día a otro pero sí fue poco a poco fue bajando hasta que un día dijo: “Ya, no hay problema”. (Tamara)*

*Dejarla [la lactancia] fue difícil, eso sí. Pero la chica de la Liga de la Leche me estaba diciendo: “Hablando nada no se resuelve, pláticale, dile”. Y así de platicar, platicar y platicar entendió que tiene que dejar la leche. (Alhelí, hablando del destete de su hija en la edad de 4 años 6 meses)*

Y si no se trataba de la persuasión explícita, con el paso de tiempo las mujeres iban modificando sus interacciones con sus hijos para limitar sus tomas de leche y, eventualmente, prepararlos para el destete:

*Al rato, como a las 3-4 de la tarde llega mi hijo mayor y me dice: “¿Me das leche?” Y depende. Yo creo que para los niños es una forma llamar tu atención. No le ha visto en todo día. Y yo intento darle una guía, una pauta para saber si lo que quiere es atención, si lo que quiere es leche, si lo que tiene es hambre, entonces le pregunto: “¿Ya comiste? ¿Tienes sed? ¿Vamos a jugar?” Y no me pide porque los niños lo que hacen es buscar un momento con su mamá. Si propongo jugar y él dice sí, pues vamos a jugar, o si digo: “Vente, vamos a la tienda por un jugo, o una agua. ¿Me explico? Yo voy intentando como que tener el ritmo diferente con él. No es una necesidad, para mí no es necesidad imperante amamantar. (Samanta)*

Todas las entrevistadas que hablaron de sus experiencias actuales del amamantamiento esperaban terminarlo con el autodesete. Sin embargo, la existencia de tensiones entre esta decisión y las necesidades, deseos y sentimientos propios de la mujer es aparente en varios relatos:

*Soy esclava. Sí, te limitas a salidas, porque yo no soy mucho de extraerme porque no lo necesito, estoy con él. Prefiero no llegar tarde a mi casa, ya no tomo... obviamente, te echas una cervecita y ya. Se me antoja tomar con mis amigos, ir de fiesta, pero, no, mejor me duermo con él. (Norma)*

*Sí, es muy cansado. Me he aburrido de lactancia, me gustaría realmente no lactar. Al grande, no a él [el menor]. Tiene que ver un poquito con presión de la gente porque él me pide en donde sea, no sé, a veces no le doy pero a veces sí. (Samanta)*

Al mismo tiempo, las ventajas que las mujeres veían en la práctica condujeron a ellas a continuar con la lactancia a pesar de estas dificultades. Mientras el mantenimiento de la cercanía emocional destaca por ser la ventaja principal, según los relatos, también tenían su peso otros factores tales como la comodidad de amamantar y su rol como parte de la rutina con el infante:

*Sentí muy feo de quitárselo [el pecho] porque ella prácticamente sigue durmiéndose tomando el pecho. Entonces, ¿cómo la voy a dormir en las noches? ¿Cómo voy a poder hacer tantas cosas? (Armida)*

Regresando a la trayectoria de la lactancia de Armida, podemos ver que ella cambia sus esquemas mentales para ajustarlos con la práctica y su nuevo papel como madre de dos:

*Creo que el punto es que no luché. Te quitas muchas telarañas. Yo he visto las mujeres que luchan todo el tiempo, quieren regresar a trabajar, quieren hacer esto, hacer aquello. Pues sí, todas queremos hacer muchas cosas. Pero tienes que situarte en tu realidad que ahorita, en este momento, dos personas dependen de ti completamente. (Armida)*

Es evidente que el *habitus* del individuo no es una cosa estática y las agentes van modificando sus esquemas de pensar y actuar conforme a las condiciones emergentes, una de ellas siendo sus experiencias encarnadas, así que las prácticas realmente se sitúan

en los niveles del cuerpo de individuo, y de micro del grupo determinado y de macro de la sociedad en general. Visto desde esta perspectiva, el amamantamiento aparece como un acto que involucra varios agentes e instituciones, tanto en términos prácticos como en términos simbólicos, y debe ser estudiado en toda su complejidad abundante.

En cuanto a la influencia de la clase social y otros factores socioeconómicos de la muestra en el aspecto del destete, es necesario apuntar que las informantes estaban en las condiciones que pueden potencialmente favorecer la continuación con el amamantamiento (Bonet, 2013): todas estaban casadas, y sólo una mujer trabaja como empleada de tiempo completo, mientras cuatro tenían sus negocios y sus actividades económicas propias y cuatro no trabajaban. No obstante, el análisis de la situación laboral de las mujeres en la muestra debe incluir el aspecto biográfico: debido al hecho muchas volvieron ser madres en las edades más avanzadas, mostraron la voluntad de cambiar sus prioridades y sacrificar ciertos acomodos laborales y materiales para dedicarse temporalmente a su papel como madre por completo:

*Y además dices: “Yo ya no quiero tener más hijos”. Entonces, va a ser la última etapa que yo estoy con un bebé que sea mío. No me quiero perder nada, quiero que todo sea así, con mucho apego, ¿y qué mejor que con la lactancia? Entonces, quiero disfrutarlo todo el tiempo que sea posible. Verlo crecer todos los días. Un día para el otro hace algo, es algo que me perdí con mi otro hijo. Cuando hablé una vez a mi casa me dice mi mamá: “Ya camina tu hijo”. Y yo: “No, no”. Sé que con él no me va a pasar, yo voy a ser la primera en verlo. Es un acercamiento, es un amor total. Obviamente, eres su mamá des biberón o no des biberón, eres su mamá. Pero siento que hay algo diferente, no sé, mucho más íntimo pues. (Norma, explicando porque salió de su trabajo después de tener su segundo hijo)*

Volviendo a las preguntas planteadas al inicio de la presente investigación (véase p. 58) después del análisis de los datos de las entrevistas realizadas, en resumidas cuentas, se puede afirmar que los discursos tanto natural-mecánicos como integral-afectivos influyen en la práctica del amamantamiento en todas sus etapas, los primeros siendo más fuertes en el inicio. Mientras que, la dinámica y el contenido de la interacción madre-hijo y, incluso, entre más miembros de la familia y el contexto biográfico de la mujer son claves en el entendimiento de la práctica, particularmente, en su etapa

avanzada. Esto no debilita la validez del argumento de que las condiciones socioeconómicas no facilitan ciertas prácticas pero, según esta investigación, no son necesariamente tan determinantes como lo plantean algunas teorías y algunos teóricos, Bourdieu incluido.

## **CAPITULO V. HALLAZGOS Y REFLEXIONES FINALES**

### **5.1. Introducción a la presentación de hallazgos**

El análisis de los datos del trabajo de campo realizado con el grupo de mujeres que provienen principalmente de posiciones socioeconómicas privilegiadas de la clase media mexicana muestra que la práctica de la lactancia materna se sitúa en el cruce entre los discursos normativos de médicos y de políticas públicas, visiones moralizadas de maternidad, activismo de voluntarios con sus propias agendas y los flujos de información de naturaleza experta, comercial e informal. Retomando a la vez los temas expuestos en la sección de antecedentes del presente trabajo y aplicando el mismo tipo de lente crítico a la presente investigación, se puede ver claramente que, desde el punto de vista sociológico, las decisiones humanas acerca de las prácticas surgen en los contextos históricos, económicos y políticos específicos.

Es decir, estas condiciones impactan en lo que van a ser las normas explícitas o implícitas: las elecciones del tipo de la alimentación infantil; quien es visto como legítimo para lactar al bebé – su madre o una nodriza; donde y de quien la madre aprende amamantar; donde puede ocurrir el acto – en público o en la privacidad de un hogar o de un cubículo diseñado para estos fines; como la cuidadora responde a las necesidades del bebé – según un régimen fijo o “a libre demanda”; por cuanto tiempo una mujer debe seguir amamantando el bebé y como ocurre el destete *etc.* Asimismo, se puede argumentar que estas decisiones pueden repercutir en las experiencias vividas de las practicantes, por lo que el amamantamiento puede ser vivido como una carga agotadora o apreciado como una actividad que una mujer goza y que al practicarla se siente empoderada y que además desea continuar.

A continuación se exponen los hallazgos principales del presente trabajo. La manera en que se presentan está guiada sobre todo por la originalidad, relevancia e importancia relativas del hallazgo desde la perspectiva de la investigadora, su peso en cuanto a las respuestas a las preguntas de investigación y, finalmente, la calidad y suficiencia de la evidencia que lo sostiene.

## 5.2. Hallazgos principales de la investigación

Desde el principio de la investigación se preveía que el análisis de los factores socioculturales sería muy fructífero para el entendimiento de la práctica de la lactancia materna, que es precisamente de donde surgieron las preguntas que informaron a la investigadora (tabla 5.1.). Se encontró abundante evidencia en los datos que ciertas estructuras, instituciones y políticas tienen agendas normativas e influyen en las motivaciones para iniciar, continuar e interferir con la práctica de la lactancia (Hallazgo 1). Asimismo, se pudo rastrear en las entrevistas la presencia de dos visiones principales del amamantamiento ligadas a su construcción discursiva: los discursos natural-mecánicos y los discursos integral-afectivos (Hallazgo 2.), expuestos en detalle en el capítulo I (p. 15).

El desarrollo de la investigación, y particularmente el trabajo de campo, abrió una brecha interesante en relación a las preguntas y las hipótesis planteadas porque el análisis de los relatos mostró aspectos no previstos o no suficientemente desarrollados en la elaboración teórica del trabajo. De manera específica, destaco la importancia evidente de las interacciones madre-hijo en los relatos de la lactancia prolongada y la existencia de tensiones y conflictos tanto en las experiencias vividas de la lactancia como en el *habitus* de los representantes del sector médico.

**Tabla 5.1. Hallazgos generales ligados a las preguntas de la investigación**

Preguntas de investigación	Hallazgos principales
1. ¿Cómo los factores socioculturales influyen en la práctica del amamantamiento tanto en la iniciación, la prolongación y/o la interrupción?	1. <b>Los factores macrosociales tales como los discursos médicos, políticas públicas o corrientes culturales que promueven cierto tipo de parentesco tienen un impacto profundo en la práctica de la lactancia materna dentro de la muestra estudiada.</b> Estos discursos efectivamente prescriben comportamientos y, en esta capacidad, pueden motivar a los individuos a iniciar ciertas prácticas (o interrumpirlas, como en el caso de la desaprobación de muchos doctores de la lactancia
2. ¿Qué factores motivan las madres para realizar la práctica y cómo evolucionan en el tiempo?	



	<p>prolongada).</p> <p>Sin embargo, las motivaciones personales de las practicantes evolucionan junto con la práctica: en el caso del amamantamiento, el carácter de las interacciones con el hijo/la hija cobra peso conforme que él/ella aprende a comunicar y ejecutar su agencia.</p>
<p>3. ¿Qué significados y valores están asociados con la práctica del amamantamiento?, y ¿cómo los factores externos se reflejan en ellos?</p>	<p>2. Como se expresó con anterioridad y de manera reiterada en los primeros dos capítulos de este trabajo y como es también evidente a partir del análisis de los relatos de las informantes, <b>las representaciones de la lactancia materna están penetradas por dos corrientes/imaginarios principales:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>a) Los discursos natural-mecánicos que se desarrollan principalmente en las campañas de salud, en el ámbito médico y en los campos de ciencia y que hacen énfasis en los beneficios de la lactancia para la salud, la nutrición y el desarrollo neurológico del infante y la prevención de riesgos de enfermedades para la madre.</li> <li>b) Los discursos integral-afectivos que vienen principalmente de los movimientos culturales y organizaciones sin o con fines de lucro; su producción cultural (libros, páginas de internet, talleres y panfletos) tiende a promover más aspectos emotivos de la lactancia tales como el fortalecimiento del vínculo madre-hijo y la mejora de comunicación y del apego.</li> </ul> <p><b>Estos discursos influyen en las experiencias vividas</b> porque ayudan a las practicantes a valorar su práctica</p>

	<p>como algo positivo tanto en términos de la práctica inmediata (como uno se siente en el momento, por ejemplo, ligando el amamantamiento con el placer o la mejor convivencia) como en términos de sus proyecciones a futuro (que uno espera de la práctica, por ejemplo, la salud y el mejor desarrollo neurológico para el niño), <b>a pesar de que las mujeres también enfrentan tensiones, dificultades, presiones sociales y retos asociados la práctica del amamantamiento.</b></p>
--	---

En cuanto a las dos construcciones discursivas analizadas, destaca la ausencia de una advertencia sobre obstáculos, presiones, ambivalencias y dificultades que una mujer puede enfrentar en la lactancia y que claramente se presentan en los relatos. Se puede argumentar que el contraste de este marco “romantizado” de la lactancia con las realidades empíricas de las practicantes crea potencialidad para, por un lado, generar tensiones en las representaciones del amamantamiento, desde el punto de vista de las practicantes, y, por otro lado, elevar la complejidad del estudio de la práctica, desde la perspectiva teórica y académica.

### 5.3. Hallazgos específicos

Adicionalmente a los dos hallazgos principales expuestos anteriormente, se presentan otros hallazgos que la investigadora evalúa como suficientes para ser considerados como aportaciones al conocimiento de la práctica del amamantamiento:

- a) El vínculo entre la clase social y la lactancia materna fue investigado y contemplado tanto en la revisión de la literatura como en el análisis de los datos empíricos. La investigadora no logra establecer si la pertinencia a la clase media influye en la lactancia en términos cuantitativos (por ejemplo, en su duración o los índices de inicio) pero puede argumentar que sí influye en términos cualitativos, a nivel de significados (Avishai, 2011). Es decir, **el *habitus* de la clase media contribuye al hecho que las mujeres construyan la práctica como un proyecto para el cual una se debe preparar, que debe ser investigado, planeado y asesorado, todo esto con referencias a los conocimientos expertos y la oferta de las elecciones de la**

**consumidora** (*consumer choices*). Además, posiblemente a diferencia de las clases sociales más bajas, **la práctica tiene un valor simbólico importante para estas mujeres por lo que está directamente ligada a la percepción y evaluación de su autoidentidad maternal**. Se puede apreciar también que los agentes de otros estratos sociales también son susceptibles a las mismas influencias sociales y pueden cambiar su *habitus* relacionado con la lactancia y otras prácticas de género y de maternidad, como se muestra en el caso de la informante ubicada dentro de la clase trabajadora.

- b) Desde la perspectiva del análisis de representaciones del amamantamiento, es evidente que el **cuerpo es importante**. Primero, cualquier práctica involucra el cuerpo de individuo y, en el caso del amamantamiento, **el cuerpo femenino es el facilitador indispensable del proceso fisiológico del lactogénesis y de la práctica misma** (también hay que apuntar que, a pesar de que el cuerpo puede producir leche, la mujer puede elegir no amamantar). Segundo, **la afectividad nace en el cuerpo**, y, como hemos observado, **los afectos tienen el impacto profundo y marcado a la evaluación, ejecución y experiencia de la lactancia**. Otro punto relevante al concepto del cuerpo en la teorización de la lactancia es **la percepción común de la leche materna como un alimento que está muy ligado al cuerpo individual de la madre** y, por consecuencia, tiene ciertas propiedades únicas.
- c) En cuanto al aspecto cognitivo de la práctica (y otro hallazgo relacionado con el cuerpo), se aprecia que, previamente al inicio de la práctica, los agentes son receptores de la variedad de discursos prescriptivos y normativos que regulan el amamantamiento, incluso en términos de quien es legítimo para difundir el *know-how* de la práctica (por ejemplo, especialistas, doctores, u otras madres). Sin embargo, **la lactancia se aprende a través de la interacción de por lo menos dos cuerpos e involucra el aprendizaje técnico, evaluativo e interactivo. En el camino hacia al dominio de la práctica los conocimientos explícitos influyen en los conocimientos tácitos y la practicante empieza a apreciar su cuerpo como un recurso valioso al que siempre tiene acceso**. Se puede desarrollar este punto aún más y argumentar que **las practicantes quienes dominan el amamantamiento llegan a sentir empoderamiento en relación con su cuerpo**.

- d) Al mismo tiempo, se detecta la existencia de ciertas tensiones en las realidades empíricas de las practicantes. Estas tienen que ver con la naturaleza exigente de la práctica (la causa de cansancio físico y la autopercepción de madre como “esclava” del hijo) y con las presiones sociales a la mujer para cambiar, limitar o abandonar su práctica. En los relatos está muy marcado el hecho que, en la actualidad, **la mayor presión proviene del sector médico que emite los mensajes conflictivos: a pesar de que ciertos agentes, discursos e instituciones apoyan la lactancia exclusiva y prolongada, el *habitus* de muchos pediatras, doctores especialistas y enfermeros no se ha cambiado, particularmente, en relación a la lactancia prolongada, y muestra su desaprobación.** No obstante, las entrevistas revelan que **las madres aparecen como agentes activos en los encuentros con los médicos** y disponen de la actitud crítica y reflexiva en cuanto a sus conocimientos y agendas profesionales. Este cuestionamiento de las prácticas médicas puede marcar el inicio de una (contra)tendencia que está relacionada con otros hechos empíricos: el incremento de cesáreas<sup>44</sup> y el consumo de fórmula.
- e) Otra fuente de **presión social negativa está asociada con la discriminación y estigmatización de la práctica de la lactancia en lugares públicos.** Es evidente en los datos que **el acto de amamantar en público sigue siendo problemático**, a pesar de los esfuerzos de campañas públicas recientes y movimientos de activistas. Este dato es realmente sorprendente dado que en las últimas décadas ha habido grandes avances en la aceptación y tolerancia de diferentes prácticas corporales y expresiones de género y de una variedad de subculturas quienes recurren al cuerpo para distinguirse, lo que hace cuestionar los logros de feministas y otros agentes no sólo en el umbral de legitimación de las prácticas de género pero también en la mejora del posicionamiento de la mujer en la sociedad contemporánea. En este sentido, los cuerpos de las mujeres siguen siendo apreciados por ambos sexos sobre todo como objetos sexuales y esta expresión particular de la *violencia simbólica* impide la libertad de ejecutar la práctica de la lactancia, particularmente en los ambientes “tradicionales” y entre las clases sociales bajas.

---

<sup>44</sup> Según los datos de Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2012), en los últimos doce años en México se observa un incremento doble de cesáreas. La brecha entre los sectores de salud está muy amplia: mientras las mujeres quienes tenían sus partos atendidos en el sector público reportaron cesáreas en 40.9 por ciento de los casos, la proporción de cesáreas en hospitales privados fue de 69.6 por ciento.

- f) Los datos obtenidos en las entrevistas presentan evidencia para elaborar un hallazgo interesante sobre **la importancia emergente de redes sociales como lugar de socialización y formación de grupos distinguidos por la adherencia a corrientes culturales, el consumismo de productos materiales o la ejecución de prácticas. Los grupos aparecen como el punto de encuentro, de intercambio de información y contactos y de la trasmisión de discursos y valores.** En el caso de grupos abiertos esto puede facilitar la democratización de expresiones de todo el tipo de *habitus*: en teoría, cualquier agente tiene capacidades de aprender y adoptar las prácticas de cualquier clase (por ejemplo, apreciar el rebozo como herramienta para cargar a los hijos y no como un trapo) pero, en práctica, no todos cuentan con los mismos recursos económicos y culturales. Sin embargo, en el caso de la lactancia, se convoca a ver las redes sociales como una plataforma vigente que puede captar audiencias adicionales y donde se puede promover y apoyar la práctica de una manera eficaz.
- g) Una característica muy particular de la muestra - la edad elevada de las entrevistadas – invita a reflexionar sobre como **la situación biográfica de la mujer tiene un peso especial en la práctica de la lactancia.** Algunas mujeres ligaron explícitamente su dedicación a la práctica con el hecho que su maternidad empezó más tarde, que fue un evento planeado, anticipado y deseado y/o que no piensan tener más hijos. Estos contextos pueden efectivamente resignificar las interacciones con los hijos y hacer que las madres se aferran a la lactancia prolongada más allá de los periodos de tiempo prescritos socialmente.
- h) El último hallazgo que permite presentar la investigación está relacionado con la noción del vínculo afectivo que permea los discursos públicos analizados y los relatos de las entrevistadas. Uno no puede acceder a las realidades afectivas de las participantes en el estudio y hacer generalizaciones afirmativas pero, aunque los datos son muy limitados y las características de la muestra muy particulares, se puede rastrear cierta evidencia que la práctica de la lactancia en efecto fortalece el contacto entre madre e hijo. Este argumento está basado en dos observaciones: primero, mientras que las madres entrevistadas incrementaron la duración de la lactancia con cada siguiente hijo y atrasaron el destete, tanto los niños como las madres aprendieron a respetar sus necesidades mutuas, y, segundo, justo porque el amamantamiento

demanda una mayor disponibilidad de la mujer, los relatos indican que las madres en efecto pasan más tiempo con los niños a quienes amamantan. Esto no quiere decir que la madre no puede desarrollar los mismos vínculos a través de otras actividades, más bien, este hallazgo se debe tomar como evidencia de que **las prácticas que las practicantes hacen y disfrutan juntos fortalecen afectos mutuos positivos.**

#### **5.4. Reflexiones finales a modo de conclusión**

A modo de cierre del trabajo se presentan algunas reflexiones acerca de las decisiones tomadas en el curso de la investigación: se trata de un ejercicio crítico que arroja luz sobre la relevancia del presente estudio, y sus aportaciones al campo de sociología, en general, y al campo de los estudios de prácticas y al debate acerca de la lactancia, en particular, asimismo como la discusión de sus limitaciones, que provienen tanto de la investigadora misma, del diseño del trabajo de campo o del marco teórico elegido para el análisis de datos.

##### **a) Pertinencia de la investigación realizada y sus aportaciones**

Como se expone en los primeros capítulos de este trabajo, el asunto aparentemente personal de la lactancia materna es, en efecto, el objeto de una multitud de políticas y campañas públicas, regulaciones institucionales, productos mercadotécnicos, activismo femenino y artículos y discusiones en medios de comunicación y redes sociales. Dar un sentido a esta cacofonía de voces es una tarea muy difícil, de allí surge la propuesta de esta investigación de acercarse a la lactancia desde un enfoque inspirado en las teorías de la práctica.

Este enfoque permite ver la lactancia como un acto dinámico en la evolución constante con sus aspectos cognitivos, simbólicos y técnicos muy específicos que involucra un cierto número de agentes, aparte de la madre, y que está susceptible a los cambios y las continuaciones culturales, que lleva a la conclusión que las políticas públicas que promuevan la lactancia deben contemplar una audiencia más amplia e incluir el círculo familiar de las mujeres, los médicos y el sector de cuidado y educación infantil. Al mismo tiempo, el estudio desarrollado da herramientas para rastrear algunos problemas y paradojas y ofrece pistas que pueden explicar por qué esta práctica actualmente está en disminución. En este sentido, el presente trabajo muestra también la pertinencia de la aplicación del marco teórico elegido para estudiar las actividades, los individuos y los contextos en que ellos se sitúan.

## **b) Retos y obstáculos enfrentados en el curso del trabajo**

La investigadora cree que es pertinente apuntar algunas observaciones acerca de las dificultades que ella enfrentó en el curso de la contemplación y elaboración de tesis. Sobre todo, hay necesidad de resaltar la aplicación problemática del concepto de *la lactancia materna exclusiva*: su definición actual en los manuales de la OMS, los materiales informativos de los hospitales públicos y de organizaciones de este índole (véase p. 9) está demasiado restringida y estricta para dar cuenta de tradiciones culturales y realidades empíricas de las mujeres que amamantan (la misma observación se encuentra en Dashti, 2010). Incluso la presente investigación muestra que, primero, es poco entendible desde la perspectiva de las practicantes (como lo muestra la reacción al cuestionario aplicado cuando la mayoría de las informantes no respondieron correctamente a la pregunta planteada), segundo, es difícilmente alcanzable como una meta en los primeros seis meses de vida (nada más dos entrevistadas pudieron afirmar con certeza que su hijo/ hija recibió solamente leche materna en los primeros meses de vida), y, tercero, su aplicación a la hora de análisis está muy limitado. Esto lleva a cuestionar también el diseño de encuestas que indagan sobre la práctica de la lactancia y pensar que una posible razón para el surgimiento de las estadísticas y los discursos alarmantes está no en los cambios de las acciones de las madres sino en las modificaciones de instrumentos para asesorarlas.

Otro reto que la investigadora enfrentó, de manera un poco inesperada, es la escasez relativa de la literatura sociológica mexicana sobre prácticas y hábitos de su clase media mexicana, en comparación con la producción académica en el Oeste, particularmente, en Inglaterra y Estados Unidos. A pesar de una búsqueda intensiva y extensa dentro de las fuentes académicas mexicanas para ubicar un estudio teórico-empírico de la lactancia similar al cual fue propuesto y realizado en el curso de esta maestría, la investigadora no ha encontrado ninguna producción del campo de las ciencias sociales que hubiera podido servir como un punto de referencia de calidad. La revisión de literatura nacional llama a la atención el hecho que las investigaciones en México que conforman el debate contemporáneo acerca del amamantamiento en este país están enfocadas principalmente , por un lado, en el descubrimiento y la comprobación de las propiedades benéficos de la leche materna y la lactogénesis (González de Cosío, 2013, 2015) y, por otro lado, las aclaraciones de la posición y conceptualización de la lactancia en cuanto a las propuestas feministas (Castilla, 2005). Se

puede decir, entonces, que destaca una brecha en el campo de investigaciones del corte cualitativo que ven el amamantamiento desde las perspectivas fenomenológicas, antropológicas en el contexto urbano, como una práctica *etc.*

#### **c) Limitaciones del enfoque teórico utilizado**

En general, la investigadora considera que el marco teórico seleccionado para el análisis de datos – el concepto de *habitus* de Pierre Bourdieu junto con algunas aportaciones de diversos autores sobre cómo acercarse a las prácticas humanas – es adecuado para entrar al estudio del amamantamiento. Gracias a este enfoque, la discusión de datos trata de abarcar los aspectos cognitivo, afectivo y material de la práctica y tiene en cuenta el vínculo entre la clase social, los esquemas mentales y las actividades de individuos.

Sin embargo, se identifican también ciertas debilidades de este marco teórico. Sobre todo, en la etapa previa al trabajo de campo hubo poca consideración de que tan importantes son interacciones entre madres e hijos y qué tanto pueden influir en la lactancia, por consecuencia, se puede decir que este aspecto queda subdesarrollado teóricamente. Por otro lado, se observa que la aplicación del concepto de *habitus* a los casos reales tiene sus propios retos porque la distinción entre los esquemas mentales de una clase, de un género, de una generación, de una mentalidad nacional *etc.* es problemática, y, además, no se puede establecer fronteras claras entre donde terminan las conductas que pueden ser explicadas en términos del *habitus* de grupo o del carácter de la práctica misma como actividad rutinaria (Reckwitz. 2002: 250) y empieza la agencia como una ruptura con la norma y una expresión de individualidad o situación biográfica de la mujer.

#### **d) Propuestas para el desarrollo teórico futuro**

Se propone que los datos cuantitativos de encuestas nacionales que permiten calcular los índices de e identificar tendencias generales de la lactancia en México deben ser complementados con los estudios del corte cualitativo que abren la vía para conocer las realidades más íntimas e inmediatas de agentes. En este sentido, se identifican varias áreas de interés que pueden ser desarrollados más teóricamente:

- Un estudio comparativo de las prácticas de maternaje y, en particular, del amamantamiento de las diferentes generaciones de mujeres que permitía rastrear posibles cambios en mentalidades



- Las interacciones entre madre y su(s) hijo(s) e, incluso, entre otros miembros de familia inmediata
- Las interacciones entre madres y personal médico (doctores familiares, especialistas, enfermeros)
- El papel y el alcance de las instructoras de lactancia y los cursos prenatales privados y públicos
- El activismo que tiene que ver con la mejora de imagen de la lactancia y la aceptación de la práctica en los espacios públicos (denominado también como el lactivismo)
- El análisis de los discursos populares acerca de la leche materna para explicar la presencia persistente de creencias que desprecian la lactancia prolongada
- Las redes sociales como un nuevo punto de encuentro, formación de grupos y difusión de información y conocimientos
- El desarrollo del marco teórico que dé cuenta de los conflictos psíquicos y el deseo involucrados en el acto de amamantar.

#### **e) Implicaciones para el diseño de las políticas públicas**

Aunque la presente investigación no tiene los elementos suficientes para presentar un análisis del impacto de las políticas públicas nacionales, la investigadora se atreve a presentar algunas observaciones generales acerca de aquellas. Los medios de comunicación junto con los discursos populares generalmente presentan el amamantamiento como una actividad “natural” cuya existencia en la ausencia de los problemas de salud y circunstancias particularmente difíciles se da por sentado en las relaciones tempranas entre madre e hijo. Al mismo tiempo, es común hablar del abandono de la lactancia como un resultado de las decisiones individuales de mujeres. El presente trabajo resquebraja ambos argumentos al completizarlos y apunta a la necesidad de rastrear la influencia de una red extensa de agentes (particularmente, de las representantes del sector de salud tanto público como privado) y dirigir las políticas públicas de promoción de la imagen positiva de la lactancia a aquellos quienes tienen el peso en la atención a la práctica y la organización de los cuidados infantiles: los centros de capacitación del personal médico, las estancias infantiles, los trabajadores

sociales, empleadores que deben cumplir con las leyes que protegen la lactancia y la maternidad *etc.*

Los datos indican claramente que la lactancia es una práctica que involucra el aprendizaje consciente e inconsciente, explícito e implícito y la apropiación de conocimientos tiene sus retos, tanto prácticos como psicológicos. El *habitus* de las nuevas generaciones urbanas de mujeres no contempla que la madre va a aprender de su madre, de allí la necesidad del intercambio de los conocimientos y del apoyo para la lactancia a la nueva madre en sus primeros días y meses en su nuevo papel por parte del personal capacitado o de grupo comunitario de madres. La investigación también revela que las redes sociales virtuales pueden ser un espacio adicional de la difusión de la información dirigida a las nuevas madres así como su círculo social. Para profundizar este planteamiento queda pendiente una revisión de los alcances de campañas públicas así como una mirada crítica al papel de los agentes de difusión y recepción de los mensajes normativos que tienen que ver con la práctica del amamantamiento.

## ANEXOS

### ANEXO 1: DIEZ PASOS PARA UNA LACTANCIA EXITOSA <sup>45</sup>

1. Disponer de una política por escrito relativa a la lactancia materna que sistemáticamente se ponga en conocimiento de todo el personal de atención de la salud.
2. Capacitar a todo el personal de salud de forma que esté en condiciones de poner en práctica esa política.
3. Informar a todas las embarazadas de los beneficios que ofrece la lactancia materna y la forma de ponerla en práctica.
4. Ayudar a las madres a iniciar la lactancia durante la media hora siguiente al alumbramiento.
5. Mostrar a las madres cómo se debe dar de mamar al niño y cómo mantener la lactancia incluso si han de separarse de sus hijos.
6. No dar a los recién nacidos más que la leche materna, sin ningún otro alimento o bebida, a no ser que estén médicamente indicados.
7. Facilitar la cohabitación de las madres y los lactantes durante las 24 horas del día.
8. Fomentar la lactancia materna a libre demanda.
9. No dar a los niños alimentados al pecho chupadores o chupetes artificiales.
10. Fomentar el establecimiento de grupos de apoyo a la lactancia materna y procurar que las madres se pongan en contacto con ellos a su salida del hospital o clínica.

---

<sup>45</sup> UNICEF (1989). Diez Pasos para una Lactancia Exitosa. Disponible: [http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964\\_breastfeeding.html](http://www.unicef.org/spanish/nutrition/23964_breastfeeding.html) [Consultada 05 marzo 2015]

## ANEXO 2: PRINCIPIOS DE LA LIGA DE LA LECHE<sup>46</sup>

Creemos que:

1. El buen cuidado maternal mediante el amamantamiento es la forma más natural y efectiva de comprender y satisfacer las necesidades del niño.
2. Madre e hijo necesitan estar juntos inmediata, temprana y frecuentemente para establecer una relación satisfactoria y una producción adecuada de leche.
3. En sus primeros años, el niño tiene una necesidad intensa de estar con su madre que es básica, tanto como su necesidad de ser alimentado.
4. La leche materna es por excelencia el mejor alimento para el niño.
5. Para un niño sano y nacido a término, la leche materna es el único alimento necesario hasta que muestra señales de que necesita alimentos sólidos, lo que ocurre aproximadamente a la mitad del primer año de vida.
6. Idealmente la relación de amamantar continuará hasta que el niño supere la necesidad de dicha relación.
7. La participación alerta y activa de la madre en el parto es un buen inicio para la lactancia materna.
8. El amor, la ayuda y la compañía del padre es muy importante para la lactancia y fortalece la unión de la pareja. La relación especial de un padre con su hijo es un elemento importante en el desarrollo del niño desde su primera infancia.
9. Una buena nutrición significa tener una dieta balanceada y variada de alimentos lo más cercano posible a su estado natural.
10. Desde su infancia, los niños necesitan ser encauzados con amor, lo que se refleja aceptando sus capacidades y siendo sensibles a sus sentimientos.

---

<sup>46</sup> Fuente: la página oficial de la Liga de la Leche. Disponible: <http://www.llli.org/lang/espanol/filosofia.html>  
[Consultada 09 junio 2015]

### **ANEXO 3: PRINCIPIOS DE LA CRIAZA CON APEGO<sup>47</sup>**

La Attachment Parenting International (API), la organización sin fines de lucro, promueve la filosofía de la crianza con apego del Dr. Sears, que intentan fomentar un vínculo seguro con los hijos mediante ocho principios que se identifican como metas a conseguir por los padres. Estos ocho principios son:

1. Preparación para el embarazo, el nacimiento y la paternidad.
2. Alimentación con amor y respeto.
3. Respuesta sensible a las necesidades del bebé desde que nace.
4. Contacto materno el mayor tiempo posible.
5. Propicio del sueño seguro físicamente y emocionalmente.
6. Propicio del cuidado cariñoso constante.
7. Práctica de la disciplina positiva.
8. Búsqueda del equilibrio entre la vida personal y familiar.

---

<sup>47</sup> Fuente: la página oficial de Attachment Parenting International. Disponible: [www.attachmentparenting.org/espanol](http://www.attachmentparenting.org/espanol) [Consultada 11 noviembre 2015]

## BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Adair, Linda *et al* (1993) “The Duration of Breast-Feeding: How Is It Affected by Biological, Sociodemographic, Health Sector, and Food Industry Factors?” en *Demography*, vol. 30, núm. 1, pp. 63-80
- Adams, Parveen (1992) “Hacer de madre” en *Debate feminista*, núm. 6, pp. 183-198
- Afflerback, S. et al., (2013) Infant-feeding consumerism in the age of intensive mothering and risk society en *Journal of Consumer Culture*, núm. 13, pp.387–405.
- Ahmed, Sarah (2004) *The Cultural Politics of Emotion*. Londres: Routledge.
- Anderson, Carole Martin (2010) *Negotiating infant feeding in private and public spaces: a study of women's experiences*. PhD thesis. Department of Urban Studies School of Social and Political Sciences, University of Glasgow
- Andrews, T. y Knaak, S. (2013) Medicalized mothering: Experiences with breastfeeding in Canada and Norway en *Sociological Review*, núm. 61, pp.88–110.
- Avishai, Orit (2011) “Managing the Lactating Body: The Breastfeeding Project in the Age of Anxiety” en Liamputtong, P. (comp.) *Infant Feeding Practices. A Cross-Cultural Perspective*, pp. 23-37. Springer, Australia
- Badinter, Elisabeth (1991) *¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. Siglos XVII al XX*. Ediciones Paidós Ibérica. Traducción de Marta Vassalo.
- Belanoff, Candice et al. (2012) “Racial/Ethnic Variation in Breastfeeding Across the US: A Multilevel Analysis from the National Survey of Children's Health, 2007” en *Maternal Child Health Journal*, núm. 16, pp. 14-26
- Berger, Peter y Luckmann, Thomas (1995) *La construcción social de la realidad*. Amorrortu, Buenos Aires
- Besse, Juan (2009) “El porvenir de un encuentro. Psicoanálisis e investigación social entre la aplicación y la extensión” en *Debate Feminista*, número 39, pp. 155-189
- Bick J. y Dozier, M. (2010) “Mothers' and children's concentrations of oxytocin and vasopressin following physical interaction” en *Developmental Psychobiology*, vol. 52, núm. 1, pp. 100-107
- Blackmann, Lisa y Venn, Couze (2010) “Affect” en *Body and Society*, vol. 16, núm. 1, pp. 7-28
- Blaxter, Loraine, *et al.* (2006) *How to Research*, Buckingham, Open University Press, Reino Unido

Sánchez Bringas, Ángeles (2003) *Mujeres, maternidad y cambio. Prácticas reproductivas y experiencias maternas en la ciudad de México*. PUEG, UNAM, México

Bonet, Mercedes (2013) “Duration, Social and Occupational Characteristics of Mothers in the French ‘EDEN Mother–Child’ Cohort” en *Maternal Child Health Journal* núm. 17, pp. 714–722

Boltanski, Luc (1974) *Puericultura y moral de clase*. Editorial Laia, Barcelona

Bourdieu, Pierre (1987) “Fieldwork in Philosophy” en *Cosas dichas*. Editorial Gedisa, España

----- (1999) “El conocimiento por cuerpos” (pp. 171-214) en *Meditaciones pascalianas*. Anagrama, Barcelona

----- (2000) “La asimilación de la dominación” en *La dominación masculina*. Anagrama, Barcelona

----- (2002) *La Distinción. Criterio y bases sociales del gusto*. Taurus, Buenos Aires, Argentina

----- (2004) *El baile de los solteros: la crisis de la sociedad campesina en el Bearne*. Anagrama, España

----- (2007) *El sentido práctico*. Siglo XXI Editores, Argentina

----- (2012) *Las estrategias de la reproducción social*. Siglo XXI Editores, Argentina

Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (2005) *Una invitación a la sociología reflexiva*. Buenos Aires: Siglo XXI Editores, Argentina

Braun, Virginia y Clarke, Victoria (2006) “Using Thematic Analysis in Psychology” en *Qualitative Research in Psychology*, núm. 3, pp. 77-101

Brody, S. y Kruger, T. (2006) “The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety” en *Biological Psychology*, núm. 71, pp. 312-315. Disponible: <http://www.reuniting.info/download/pdf/Brody-2006-prolactin-bp.pdf>

Bruner, Jerome (1990) *Acts of meaning*. Harvard University Press, Massachusetts

Buruma, Ian (2013) *Year Zero: A History of 1945*, NY: The Penguin Press, Estados Unidos

Carillo, Ana María (2008) “La alimentación racional de los infantes: maternidad “científica”, control de las nodrizas y lactancia oficial” en Tufión, Julia (comp.) *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad*, El Colegio de México, pp. 227-280

- Castilla, María Victoria (2005) "La ausencia del amamantamiento en la construcción de la buena maternidad" en *Revista de Estudios de Género*, núm. 22, pp. 188-218, Universidad de Guadalajara
- Castro, Roberto (2014) "Génesis y práctica de habitus médico autoritario en México" en *Revista Mexicana de Sociología*, vol. 76, núm. 2, pp. 167-197
- Citro, Silvia (2009) *Cuerpos significantes. Travesías de una etnografía dialéctica*. Biblos, Buenos Aires
- Conrad, Peter y Schneider, Joseph (1992) *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Temple University Press, Estados Unidos
- Cox, Cathy et al. (2007) "Mother's Milk: An Existential Perspective on Negative Reactions to Breast-Feeding" en *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 33, núm. 1, pp. 110-122
- Crossley, Nick (1995) Merleau-Ponty, the Elusive Body and Carnal Sociology en *Body and Society*, vol. 1, núm. 1, pp. 43-63
- (2014) Embodied Actors, Sociability and the Limits of Reflexivity en *Body and Society*, vol. 20, núm. 2, pp. 106-112
- Dashti, Manal (2010) *Determinants of the initiation and duration of breastfeeding among women in Kuwait*. PhD thesis. Department of Developmental Medicine Human Nutrition, University of Glasgow
- Del Castillo Troncoso, Alberto (2006) *Conceptos, imágenes y representaciones de la niñez en la Ciudad de México (1880-1920)*. El Colegio de México/ Instituto Mora, México
- Delgado-Becerra, Aída et al. (2006) "Prevalencia y causas de abandono de lactancia materna en el alojamiento conjunto de una institución de tercer nivel de atención" en *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, vol. 63, núm. 1, ene-feb, pp. 31-39
- Diez Castilho, Silvio y Barros Filho, Antonio (2010) "The history of infant nutrition" en *Jornal de Pediatria*, Sociedade Brasileira de Pediatria, vol. 86, núm. 3, pp. 179-188
- Dykes, F., 2005. "Supply" and "demand": Breastfeeding as labour" en *Social Science and Medicine*, núm. 60, pp. 2283-2293
- Elias, Norbert (1982) *Sociología fundamental*, Editorial Gedisa, Barcelona, España
- (1989) *El proceso de la civilización. Investigaciones sociogenéticas y psicogenéticas*. Traducción de García Cotarelo, Ramón. Fondo De Cultura Económica, México.
- (1998) *La Civilización de los padres y otros ensayos*. Colección Vitral, Grijó Editorial Norma, Colombia



Espinoza Cadima Crysthel, Zamorano Jiménez Clara Aurora, Graham Pontones Sergio y Orozco Gutiérrez Alberto (2014) “Factores que determinan la duración de la lactancia materna durante los tres primeros meses de vida” en *Anales Médicos*, vol. 59, núm. 2, pp. 120-126

ENSANUT (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición. Deterioro de la lactancia materna: dejar las fórmulas y apegarse a lo básico. Secretaría de Salud, México. Disponible: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/DeterioroPracLactancia.pdf>

----- Elevada recurrencia a las cesáreas: revertir la tendencia y mejorar la calidad en el parto. Disponible: <http://ensanut.insp.mx/doctos/analiticos/ElevadCesareas.pdf>

Faircloth, Charlotte (2011) “It feels right in my heart”: Affective accountability in narratives of attachment en *Sociological Review*, núm. 59, pp. 283–302

Félix Valenzuela, Juan Alberto et al. (2011) “Prevalencia y factores biosociales asociados al abandono de la lactancia materna exclusiva” en *Pediatría de México*, vol. 13, núm. 2, pp. 47-56

Ferrante, Carolina (2008) Corporalidad y Temporalidad: Fundamentos Fenomenológicos de la Teoría Práctica de Pierre Bourdieu. *NóMadras. Revista Crítica De Ciencias Sociales y Jurídicas*, vol. 20, núm. 4, pp. 299-323.

Fontana, Andrea y Frey, James H. (1994) “Interviewing: The Art of Science” en Denzin, Norman y Lincoln, Yvonne (ed.) *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications, Nueva York, pp. 349-371

Freud, Zigmund (1976) Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci (1910) en “Obras Completas”, Volumen I, Buenos Aires, Amorrortu

Foucault, Michel (2012) “Derecho de muerte y poder sobre la vida” en *La historia de Sexualidad*, Vol. I, Parte V. Siglo XXI Editores, Argentina, pp. 127-154

Gerónimo-Carrillo, Rodolfo et al. (2014) “Conocimiento, actitud y práctica sobre la lactancia materna en mujeres en periodo posparto de un hospital de tercer nivel” en *Salud en Tabasco*, núm. 20, pp. 14-20

Giddens, Anthony (1979) “Agency, structure” en *Central problems in social theory: Action, structure, and contradiction in social analysis*. University of California Press, pp. 49-96

Goffman, Erving (1963) *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Prentice Hall, New Jersey

Goldthorpe, John H. (2007) “Cultural capital: some critical observations” en *Sociologica*, núm. 7, pp. 1-28

González de Cosío, Teresita et al. (2013) “Prácticas de alimentación infantil y deterioro de la lactancia materna en México” en *Salud pública de México*, vol.55, supl. 2, pp. 170-179

----- (2015) “Los beneficios de la lactancia” en *México Social*, no. 54, pp. 7-9

González Pérez, Guillermo Julián et al. (2011) Cesáreas en México: aspectos sociales, económicos y epidemiológicos. Universidad de Guadalajara, Mexico

González, Dinorah (2015) “¿Por qué hablar de la lactancia materna?”, *México Social*, no. 54, pp. 22-24

Gordon I. et al (2010) “Oxytocin and the development of parenting in humans” en *Biological Psychiatry*, vol. 68, núm. 4, pp. 377-382

Hays, Sharon (1996) *The Cultural Contradictions of Motherhood*. Yale University Press, EE.UU.

Harrup, A. Nestlé to Sell Pfizer Baby-Formula Business in Mexico. *The Wall Street Journal*. April 15, 2013, p.15

Hausberger, Bernd (2005) "La vida en el noroeste. Misiones jesuitas, pueblos y reales de minas" en Gonzalbo P., Escalante (coord.). *Historia de la vida cotidiana en México*, vol. 1: Mesoamérica y los ámbitos indígenas de la Nueva España. Fondo de Cultura Económica, México, pp. 443-472

Hausman (2013) “Breastfeeding, Rhetoric, and the Politics of Feminism” en *Journal of Women, Politics & Policy*, núm. 34, pp. 330–344

Heritier-Auge, Francoise (1992) “El esperma y la sangre: en torno a algunas teorías antiguas sobre su génesis y relaciones” en Feher, Michel y Nadaff, Ramona (coord.) *Fragmentos para una Historia del cuerpo humano*. Taurus Ediciones, Madrid, España, pp. 158-175

Hird, Myra J. (2007) 'The Corporeal Generosity of Maternity' en *Body & Society*, vol. 13, núm. 1, pp. 1-20

Hochschild, Arlie R. (2003) *The Managed Heart: The Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: The University of California Press

----- (2008) *La mercantilización de la vida íntima. Apuntes de la casa y el trabajo*. Editorial Katz, España

----- (2012) *The Second Shift*. Berkeley: The University of California Press

INEGI (2006) *Mujeres y hombres en México*. INEGI, México. Disponible: [http://www.inegi.gob.mx/prod\\_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2006/myh\\_x\\_2.pdf](http://www.inegi.gob.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/integracion/sociodemografico/mujeresyhombres/2006/myh_x_2.pdf)

Jimenez-Cruz, Arturo et al. (2010) 'Infant and toddlers' feeding practices and obesity amongst low-income families in Mexico" en *Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition*, vol. 19, núm. 3, pp. 316-323

Lahire, Bernard (2004) "Escena II. Los resortes de la acción" en *El hombre plural. Los resortes de la acción*, trad. de Marie José Devillard. Ediciones Bellaterra, Barcelona, pp. 69-131

----- (2005) "Campo, fuera de campo, contracampo" en *El Trabajo Sociológico de Pierre Bourdieu, Colección Pedagógica Universitaria*, núm. 37-38

----- (2012) "De la teoría del habitus a una sociología psicológica" en *Revista de Investigación Educativa*, núm. 14, pp. 75-105

Lamas, Marta (2002) "Usos, dificultades y posibilidades de la categoría género" en *Cuerpo: Diferencia Sexual y Género*. Taurus, México.

Law, Jules (2000) "The Politics of Breastfeeding: Assessing Risk, Dividing Labor" en *Signs*, vol. 25, núm. 2, pp. 407-450

Le Breton, David (1995): "Lo inaprehensible del cuerpo" en *Antropología del cuerpo y modernidad*. Buenos Aires, Nueva Visión, pp. 7-61

Lee, E.J., 2008. Living with risk in the age of "intensive motherhood": Maternal identity and infant feeding. Núm 2, pp. 37-41.

Thairu, Lucy (2011) "Breastfeeding in Sub-Saharan Africa: Still the Best Despite the Risk of HIV" en Liamputtong, P. (comp.) *Infant Feeding Practices. A Cross-Cultural Perspective*. Springer, Australia, pp. 163-175

Lizardo, Omar (2004). "The cognitive origins of Bourdieu's habitus" en *Journal for the Theory of Social Behaviour*, núm. 34, pp. 375-401

Lorentzen, Jeanne M. (2008) 'I Know My Own Body': Power and Resistance in Women's Experiences of Medical Interactions en *Body & Society*, núm. 14, vol. 49, pp. 49-80

Ludlow, V. et al (2012). How formula feeding mothers balance risks and define themselves as "good mothers" en *Health, Risk & Society*, núm. 14, pp. 291-306

Lupton, D. (2011) "The best thing for the baby": Mothers' concepts and experiences related to promoting their infants' health and development" en *Health, Risk & Society*, núm. 13, pp. 637-651.

Marrón Nielsen Cristina (2014) *Pasos De Una Madre Tras Las Huellas De La Depresión. Transformaciones, Significados Y Vivencias De La Depresión Posparto*. (Tesis mastral

inédita). Departamento de Salud, Psicología y Comunidad, Tecnológico de Estudios Superiores De Occidente, Tlaquepaoue, Jalisco, México

Marshall, J.L., Godfrey, M. & Renfrew, M.J. (2007) “Being a “good mother”: Managing breastfeeding and merging identities” en *Social Science and Medicine*, núm. 65, pp.2147–2159

Martínez, Elixabete Imaz (2001) “Mujeres gestantes, madres en gestación. Metáforas de un cuerpo fronterizo “en *Política y Sociedad*, núm. 36, pp. 97-111

Mauss, Marcel (1979) “Técnicas y movimientos corporales” en *Sociología y antropología*. Madrid, Tecnos, pp. 337-356

----- (2009) Ensayo sobre el don: forma y función del intercambio en las sociedades arcaicas. Katz Barpal Editores, Buenos Aires

McCaughey, Martha (2010), “Got Milk?: Breastfeeding as an 'Incurably Informed' Feminist STS Scholar” en *Science As Culture*, vol. 19, núm. 1, pp. 79-100

Naber F. *et al* (2010) “Intranasal oxytocin increases fathers’ observed responsiveness during play with their children: A double-blind within-subject experiment” en *Psychoneuroendocrinology*, vol. 35, núm. 10, pp. 1583-1586.

Niven, C. y Murphy-Black, T. (2000) “Memory for labor pain: A review of the literature” en *Birth*, vol. 27, núm. 4, pp. 244–253

O’Connor, Richard y Van Esterik, Penny (2012) “Breastfeeding as custom not culture: Cutting meaning down to size” en *Anthropology Today*, Vol. 28, núm. 5, pp. 13–16

OMS, (1981). Código Internacional de Comercialización de Sucedáneos de la Leche Materna. Disponible: <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9241541601/es/>

Palomar Vereá, Cristina (2002) “Pierre Bourdieu y los estudios de género: convergencias y divergencias” en *Revista Universidad de Guadalajara. Pierre Bourdieu en ocho perspectivas. Un homenaje*, núm. 22, pp. 35-67

----- (2005) “Maternidad: Historia y Cultura”. *Revista de Estudios de Género*, núm. 22, pp. 35-67

Parat, Hélène (2001) “El ardor de la leche. La madre y la erótica del amamantamiento” en Jacques André (dir.) “La femineidad de otra manera. Un debate psicoanalítico”, Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, pp. 5-32

Pérez-Gil, Sara Elena (2004) “Las mujeres y la nutrición: la visión predominante vs. una visión alternativa” en Pérez-Gil Romo, Sara Elena y Ravelo Blancas, Patricia (coords.). *Voces disidentes: debates contemporáneos en los estudios de género en México*. Cámara de Diputados, LIX Legislatura, pp. 255-273

- Pickersgill, Martyn (2013) "The social life of the brain: neuroscience in society" en *Current Sociology*, núm. 3, pp. 322-340
- Pizzigoni, Caterina (2005) "Como frágil y miserable': las mujeres nahuas del Valle de Toluca" en Gonzalbo Aizpuru, Pilar (coord.). *Historia de la vida cotidiana en México: Tomo III. El siglo XVIII: Entre la tradición y el cambio*. Fondo De Cultura Económica, México, pp. 501-531
- Potter J.E. *et al* (1987) "The Influence of Maternal Health care on the Prevalence and Duration of Breastfeeding in Rural Mexico" en *Studies in Family Planning by US Population Council*, Vol. 18, No. 6, pp. 309-319
- Rabell Romero, Cecilia (coord.) (2014) *Los Mexicanos. Un Balance del Cambio Demográfico*. Fondo De La Cultura Económica, México
- Ramírez Carrillo, Cristina (2001) "Evolución del cuidado materno infantil" en *Revista de Enfermería IMSS*, vol. 9, núm. 1, pp. 1-4
- Reckwitz, Andreas (2002) "Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing" en *European Journal of Social Theory*, vol. 5, núm. 2, pp. 243-263
- Rippeyoung, P.L.F. & Noonan, M.C. (2012). "Is Breastfeeding Truly Cost Free? Income Consequences of Breastfeeding for Women" en *American Sociological Review*", núm. 77, pp. 244-267
- Sabido, Olga (2011), "El cuerpo y la afectividad como objetos de estudio en América Latina: Intereses temáticos y proceso de institucionalización reciente" en *Sociológica*, no. 74, año 26, pp. 33-78
- Sacco, Lisa *et al* (2006) "The Conceptualization of Perceived Insufficient Milk Among Mexican Mothers" en *Journal of Human Lactation*, vol. 22, núm.3, pp. 277-288
- Salas Valenzuela, Monserrat; Torre Medina-Mora, Pilar y Meza Segura, Citlal (2014) "Alimentación infantil: una reflexión en torno a los programas de estudio de enfermería en la Ciudad de México" en *Salud Colectiva*, vol.10, n.2, pp. 185-199
- Sánchez, Serrano Rolando (2001) "La observación participante como escenario y configuración de la diversidad de significados" en Tarrés, María Luisa (coord.) "Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / El Colegio de México, México, pp. 97-134
- Save the Children* (2013). Reporte. Lactancia y Maternidad en México: retos ante la inequidad. Fundación Mexicana de Apoyo Infantil, A.C., México. Disponible: <http://www.savethechildren.mx/wp-content/uploads/pdfs/0214014LactanciaMaternaMXF.pdf> [Consultado 03 de agosto 2014]

- Schardosim, Juliana y Cechim, Petronila (2013) "Exclusive breastfeeding: motivations and disincentives for nursing mothers in Eldorado do Sul, Brazil" en *Investigación y Educación en Enfermería*, núm. 31, pp. 377-384
- Scott, Joan W. (1996) "El género: una categoría útil para el análisis histórico" en M. Lamas (comp.) *El género: la construcción cultural de la diferencia sexual*, PUEG/Miguel Angel Porrúa. México, pp. 265-302
- Segura-Millán, S., Dewey, K. G., & Perez-Escamilla, R. (1994). Factors associated with perceived insufficient milk in a low-income urban population in Mexico en *The Journal of nutrition*, núm. 124, pp. 202–212
- Sennet, Richard (1994) *Carne y piedra. El cuerpo y la ciudad en la civilización occidental*. Alianza, España.
- Shaw, Rhonda (2003) "Theorizing Breastfeeding: Body Ethics, Maternal Generosity and the Gift Relation" en *Body & Society*, vol. 9, núm. 2, pp. 55-73
- Staples, Anne (2008) "El cuerpo femenino embarazos, partos y parteras: del conocimiento empírico al estudio médico" en Tufiñ, Julia (comp.) *Enjaular los cuerpos: normativas decimonónicas y feminidad*, El Colegio de México, pp. 185-226
- Stearns, C. (2013) The Embodied Practices of Breastfeeding: Implications for Research and Policy. *Journal of Women, Politics & Policy*, núm. 34, pp.359–370
- Stevens, E. E., Patrick, T. E., y Pickler, R. (2009). A History of Infant Feeding en *The Journal of Perinatal Education*, núm. 18(2), pp. 32–39
- Solis, Patricio y Benza, Gabriela (2013) "Clases sociales, pobreza y desigualdad durante los años de alternancia presidencial." INEGI. Disponible: <http://www.inegi.org.mx/eventos/2013/Desigualdades/doc/P-PatricioSolis.pdf> [Consultado 5 de noviembre 2015]
- Stolzer, J. (2006) "Breastfeeding: An Interdisciplinary Review" en *International Review of Modern Sociology*, núm. 32, pp. 254–256
- Tajfel, Henri y Frazer, Colin (1990) *Introducing Social Psychology*. Penguin Books, Reino Unido
- Tapias, Maria (2006) "Always Ready and Always Clean'?: Competing Discourses of Breast-feeding, Infant Illness and the Politics of Mother-blame in Bolivia' en *Body & Society*, vol. 12, núm. 2, pp. 83-108
- Torres, J.M.C. (2014) "Medicalizing to demedicalize: Lactation consultants and the (de)medicalization of breastfeeding" en *Social Science and Medicine*, núm. 100, pp. 159–166

Turner, Bryan (1994) “Los avances recientes en la teoría del cuerpo” en *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, núm. 5, pp. 11-39

----- (2003) “Social Fluids: Metaphors and Meanings of Society” en *Body and Society*, vol. 9, núm 1, pp. 1-10

Van Esterik, Penny (2002) “Contemporary Trends in Infant Feeding Research” en *Annual Review of Anthropology*, vol. 31, pp. 257-278

Vela Peón, Fortino (2008) “Un acto metodológico básico de la investigación social: la entrevista cualitativa” en Tarrés, María Luisa (coord.) "Observar, escuchar y comprender. Sobre la tradición cualitativa en la investigación social". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales / El Colegio de México, México, pp. 63-95

Wacquant, Loïc. (2013) “Homines in Extremis: What Fighting Scholars Teach Us about Habitus” en *Body and Society*, vol. 20, núm. 2 (June), pp. 1-15

Wall, Glenda (2001) “Moral Constructions of Motherhood in Breastfeeding Discourse” en *Gender & Society*, núm. 15, pp. 592–610.

Wetherell, Margaret (2015) “Trends in the Turn to Affect: A Social Psychological Critique” en *Body and Society*, vol. 21, núm. 2, pp. 139-166

Wolf, Jacqueline H. (2006) “What Feminists Can Do for Breastfeeding and What Breastfeeding Can Do for Feminists” en *Signs*, vol. 31, núm. 2, pp. 397-424

Wolf, Naomi (1991) *The Beauty Myth*. Anchor Books, Doubleday, New York

Yalom, Irvin D. (2013) *Love’s Executioner and Other Tales of Psychotherapy*, Penguin Book, Reino Unido

Yalom, Marilyn (1997) *Historia del pecho*. Editorial Tusquets, Colección Los 5 Sentidos, traducción por Ximena Bedregal.

Zicavo, Eugenia (2013) “Dilemas de la Maternidad en la Actualidad: Antiguos y Nuevos Mandatos en Mujeres Profesionales de la Ciudad de Buenos Aires” en *Revista de Estudios de Género*, núm. 38, pp. 50-87